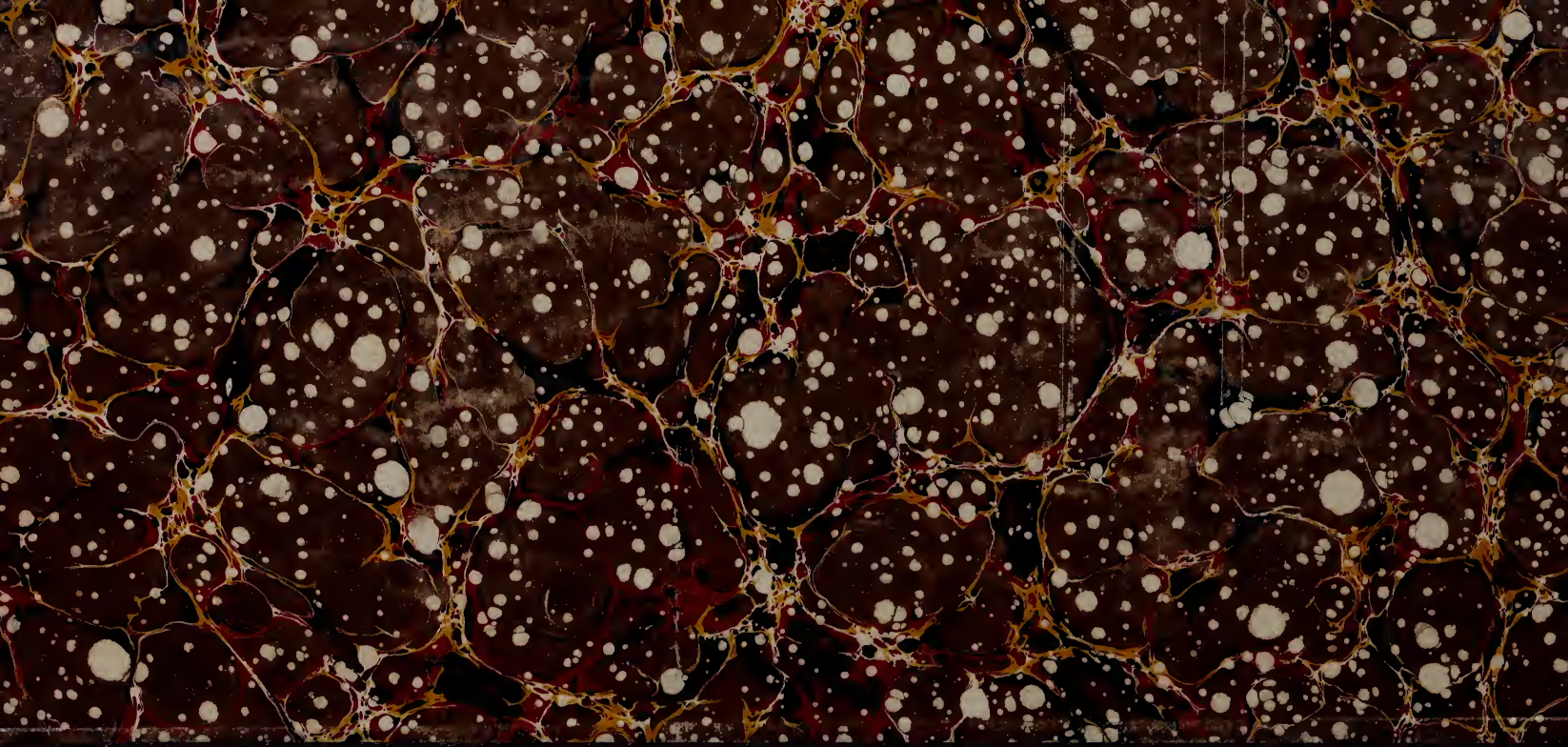


69117

Class _____ No. _____

Presented by

The Editor.

2.60

Official Organ of the German Medical Societies of New York, Chicago, Cleveland and San Francisco.

New Yorker Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Office, 50 W. 130th Street, New York City, N. Y. Telephone Call, 2670 Harlem.

Entered at the Post Office, New York, as Second-Class Matter.

Vol. XVIII. No. 1. | Diese Zeitschrift erscheint monatlich. Preis pro Heft, 20 Cts. Preis für 12 Hefte im Jahres-Abonnement, $2.00. | Januar 1906

COLLEGE OF PHYSICIANS LIBRARY, MAR 10 1906 OF PHILADELPHIA.

FOR ANALYSIS OF

APENTA

Natural Hungarian Aperient Water

Address, APOLLINARIS AGENCY CO., 503 FIFTH AVENUE, NEW YORK.

Apenta is bottled at the Springs, Budapest, Hungary, under the eminent scientific supervision of Dr. Leo Liebermann, Royal Councillor, Professor of Hygiene, and Director of the Hygienic Institute at the Royal University, Budapest.

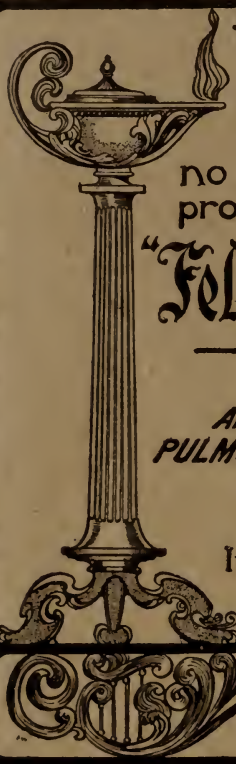
Der Erste Gedanke

sei LEHN & FINK, wenn es sich darum handelt eine Novität im Arzneimittel-Markte rasch zu beschaffen. Wir erhalten Zufuhren neuer Medikamente sofort nach deren Erscheinen, einerlei wo und von wem sie hergestellt werden. Wir ersuchen vorkommenden Falles die Herren Apotheker darauf aufmerksam zu machen.

MAY 22 1907

LEHN & FINK, 120 William Street, NEW YORK.

Inhaltsverzeichnis siehe Seite 22 der Anzeigen.



THE PHYSICIAN OF MANY YEARS EXPERIENCE

knows that through all the waves of change and progress no remedy is so widely used by the profession or held in such high favor as

"Fellows' Syrup of Hypophosphites"

IN THE TREATMENT OF

ANAEMIA, NEURASTHENIA, BRONCHITIS, INFLUENZA PULMONARY TUBERCULOSIS AND WASTING DISEASES OF CHILDHOOD, AND DURING CONVALESCENCE FROM EXHAUSTING DISEASES.

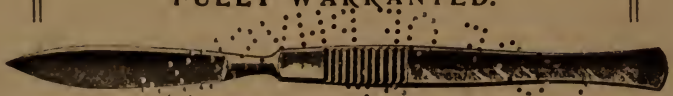
It stands without a peer, advertised only to the medical profession, is on sale in every Drug Store in the United States.

MR. FELLOWS

26 CHRISTOPHER STREET NEW YORK.

OUR Knives are made in our own factory HAND-FORGED from best Sheffield steel, Strict attention is paid to TEMPERING, GRINDING and HONING.

TIEMANN'S KNIVES ARE FULLY WARRANTED.



Should any prove defective they will be cheerfully replaced at any time. Write for Booklet on Knives illustrating styles of handles and shapes of blades.

GEORGE TIEMANN & CO. (Inc.)

SURGICAL INSTRUMENT MAKERS

107 Park Row, New York.

Branch: Stohlmann, Pfarre & Co. 107 E. 28th St. New York

INHALT:

Originalarbeiten.

Eklampsie und vaginaler Kaiserschnitt. Von Dr. A. L. Ewald 1

Ein Fall von Prurigo Hebræ. Von Dr. Edward Pisko .....) 4

Ueber ärztliche Kunstsprache. Von Dr. A. Rose 5

Nochmals Dr. H. Boeker und seine Mixtura salina composita antiautotoxica... 8

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

Heinz Richartz: Ueber ein perkutan anwendbares Jodpräparat (Jothion).... 20

Paul R. Römer: Zur Präventiv-Therapie der Rindertuberkulose nebst kritischen Studien zur Tuberkulose-Infektionsfrage 20

Moosbrugger: Ueber innere Behandlung der Blinddarmentzündung 21

A. Döderlein: Ueber die symptomatische Bedeutung der Blutungen aus den weiblichen Genitalien und deren Behandlungsgrundsätze 22

Heinrich Fritsch: Die geburtshilfliche Behandlung bei Placenta praevia..... 24

Schümann: Zur Methodik der Plattfussdiagnose 25

Referate und Bücheranzeigen..... 26

Sitzungsberichte.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York. Sitzung vom 6. November 1905 28

Sitzung am 4. Dezember 1905..... 29

Therapeutische und klinische Notizen.... 31

69117

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto in a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, General Agent

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

Tel. 1564 Cortlandt

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

INHALT:

Originalarbeiten.

Bemerkung über den Wert der Blutuntersuchung in der Diagnose. Von Dr. Frederic E. Sondern 33

Radium und Radioaktivität in der Medizin. Von Hugo Lieber 37

Die Bekämpfung narkotischer und alkoholischer Genussmittel. Kritische Bemerkung zu Prof. Dr. Grinnell's Pamphlet. Von Dr. Julius Hoffmann. 41

Auszüge aus der Journalliteratur.

L. Lewin: Das Schicksal körperfremder chemischer Stoffe im Menschen und besonders ihre Ausscheidung 42

B. Engländer: Die Zeit des Eintritts der ersten Menstruation nach einer Fehlgeburt 42

G. Rosenfeld: Der Nahrungswert der Fischfleisches 43

L. Wechsler: Zur Therapie der Seekrankheit 43

K. Ullmann: Zur Wärmebehandlung der venerischen Geschwüre und anderer Ulcusaffektionen 43

Sitzungsberichte.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York. (Schluss des Sitzungsberichtes vom 4. Dezember 1905). 49

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte. Sitzung vom 23. Februar 1906 56

Verein Deutscher Aerzte in San Francisco. Sitzung vom 2. Januar 1906 58

Sitzung vom 6. Februar 1906 60

Therapeutische und klinische Notizen ... 62

Kleine Mitteilungen 63

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto in a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, General Agent

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

Tel. 1564 Cortlandt

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

INHALT:

Originalarbeiten.

Atonia gastrica in Beziehung zu Chololithiasis. Von Dr. A. Rose..... 65

Kann chronische Dyspepsie geheilt werden? Von Dr. Mark I. Knapp, New York 68

Auszüge aus der Journalliteratur.

R. Kjer-Petersen.: Ueber die numerischen Verhältnisse der Leukocyten bei der Lungentuberkulose 73

A. Goenner: Zur Therapie des Heufiebers 74

G. Sommer: Kritisches und Neues zur Therapie des Tonsillen-Abszesses..... 74

G. Rosenfeld: Der Alkohol als Nahrungsmittel 75

A. Krokiewicz: Eine sehr empfindliche Reaktion auf Gallenfarbstoffe..... 76

G. Riebold: Ueber prämenstuelle Temperatursteigerungen 76

F. Lichtensein: Zur Diagnose der Extrauteringravidität durch Röntgenstrahlen. 76

Referate und Bücheranzeigen.

W. Ebstein und J. Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin..... 77

S. Jessner: Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik..... 78

Ernst Sommer: Anatomischer Atlas in stereoskopischen Röntgenbildern 78

Sitzungsberichte.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York. Sitzung vom 8. Januar 1906 79

Verein Deutscher Aerzte in San Francisco. Sitzung vom 6. März 1906..... 88

Therapeutische und klinische Notizen.... 94

Kleine Mitteilungen 96

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto In a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, General Agent

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

Tel. 1564 Cortlandt

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

INHALT:

Originalarbeiten.

Ein Fall von Gigli's Operation in der Privatpraxis. Von Dr. J. A. Schmitt. 97

Kombinierte Operation zur Entfernung der Appendix und zur Heilung der rechtsseitigen Inguinalhernie. Von Franz Torek, A.M., M.D. 102

Moderne Therapie in der Behandlung von Verdauungskrankheiten. Von Dr. Valdemar Sillo, New York 103

Wissenschaftliche Medizinische Nomenklatur. Von Dr. Herbert Krüger-Küssen (Ostpreussen) 106

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

F. Colley: Beobachtungen über die Behandlung akut eitriger Prozesse mit Bier'scher Stauungshyperämie. 107

Herold: Anwendung der Stauungshyperämie bei akuten eiterigen Prozessen im Garnisonslazarett Altona 108

Prof. Erich Lexer: Zur Behandlung akuter Entzündungen mittelst Stauungshyperämie 110

R. Bestelmeyer: Erfahrungen über die Behandlung akut entzündlicher Prozesse mit Stauungshyperämie nach Bier 110

Stenger: Die Bier'sche Stauung bei akuten Ohreiterungen 111

J. Mindes: Zur Technik des Bier'schen Verfahrens mit Stauungshyperämie... 112

R. Richter: Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heissen Bädern 112

Krecke: Können wir die schweren, die sofortige Operation erfordernden Appendizitisfälle erkennen? 112

W. Hagen: Die Intermediäroperation bei akuter Appendizitis 113

Prof. A. Döderlein: Ein neuer Vorschlag zur Erzielung keimfreier Operationswunden 114

Hager: Das Neueste über Organtherapie 114

H. Reuchlin: Ueber Erfahrungen mit dem Koch'schen Tuberkulin 115

Sitzungsberichte.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York. Sitzung vom 5. Februar 1906 116

Sitzung vom 5. März 1906 120

Therapeutische und klinische Notizen... 128

Kleine Mitteilungen 129

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto In a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, General Agent

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

Tel. 1564 Cortlandt

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

LISTERINE

Das Original-Antisepticum

(*Goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Lewis & Clark Centennial Exposition, Portland,* 1905; *goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Louisiana Purchase Exposition, St. Louis,* 1904; *Bronzemedaille (höchste Auszeichnung) der Exposition Universelle de* 1900, *Paris.*)

Listerine ist ein wirksames und sehr geeignetes Mittel, die Borsäure, welche darin in vollkommener Lösung enthalten ist, nach den innersten Schlupfwinkeln und Falten der Schleimhäute zu bringen; während ferner auf der einen Seite die Möglichkeit des Auftretens giftiger Erscheinungen infolge von Listerine-Resorption ausgeschlossen ist, ist andererseits das Vermögen desselben, die Fäulnisprodukte unschädlich zu machen (und dadurch der Resorption septischer Stoffe vorzubeugen) in höchst zufriedenstellender Weise nachgewiesen worden.

LISTERINE DERMATIC SOAP

Eine Seife für die antiseptische Behandlung von Hautkrankheiten

Listerine Dermatic Soap enthält die wirksamen antiseptischen Bestandteile von Eucalyptus (1 Prozent), Minze, Wintergrün und Thymus, welche dem bekannten antiseptischen Präparate Listerine beigemischt sind; die vorzüglichen Eigenschaften der Seifenmasse, welche als Vehiculum für das Präparat dient, treten bei Benutzung des letzteren auf der zartesten Haut und auf dem Kopfe sofort zu Tage. Listerine Dermatic Soap enthält kein tierisches Fett und sind nur die allerbesten pflanzlichen Oele darin vertreten; ehe sie „gemahlen" und zu Kuchen verarbeitet wird, wird sie durch Zusetzen eines erweichenden Oeles überfettet, und die durch den Gebrauch von Listerine Dermatic Soap erzielte Glätte und Elastizität ist hauptsächlich diesem Zusatze zu verdanken. Ganz besondere Sorgfalt wird auf die Herstellung der Listerine Dermatic Soap verwendet, und da die antiseptischen Bestandteile des Listerines der Seife einverleibt werden, nachdem dieselbe einen Ueberschuss von unverseiftem erweichendem Oel erhalten hat, behalten sie ihre spezifischen antiseptischen Eigenschaften und den Wohlgeruch.

Eine Probe von Listerine Dermatic Soap steht auf Ansuchen hin zur Verfügung

Lambert Pharmacal Co., St. Louis, U. S. A.

INHALT:

Originalarbeiten.

Cholelithiasis und deren Behandlung vom Standpunkt des praktischen Arztes. Von Leonard Weber, M.D..... 131

Ueber sexuelle Aufklärung der Schuljugend. Von Doz. Dr. K. Ullmann.... 137

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

Kirchner: Alypin als Anästhetikum für die Sprechstunde 153

Sidler-Hugnenin: Ueber Spätresultate von 75 Augen, die wegen hochgradiger Myopie operiert wurden..... 153

Referate und Bücheranzeigen.

Karl Weigert: Gesammelte Abhandlungen 154

Sitzungsberichte.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York:

Sitzung vom 2. April 1906..... 156

Therapeutische und klinische Notizen... 163

Kleine Mitteilungen 163

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto in a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, GENERAL AGENT

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

TEL. 1564 CORTLANDT

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

LISTERINE

Das Original-Antisepticum

(*Goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Lewis & Clark Centennial Exposition, Portland,* 1905; *goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Louisiana Purchase Exposition, St. Louis,* 1904; *Bronzemedaille (höchste Auszeichnung) der Exposition Universelle de* 1900, *Paris.*)

Listerine ist ein wirksames und sehr geeignetes Mittel, die Borsäure, welche darin in vollkommener Lösung enthalten ist, nach den innersten Schlupfwinkeln und Falten der Schleimhäute zu bringen; während ferner auf der einen Seite die Möglichkeit des Auftretens giftiger Erscheinungen infolge von Listerine-Resorption ausgeschlossen ist, ist andererseits das Vermögen desselben, die Fäulnisprodukte unschädlich zu machen (und dadurch der Resorption septischer Stoffe vorzubeugen) in höchst zufriedenstellender Weise nachgewiesen worden.

LISTERINE DERMATIC SOAP

Eine Seife für die antiseptische Behandlung von Hautkrankheiten

Listerine Dermatic Soap enthält die wirksamen antiseptischen Bestandteile von Eucalyptus (1 Prozent), Minze, Wintergrün und Thymus, welche dem bekannten antiseptischen Präparate Listerine beigemischt sind; die vorzüglichen Eigenschaften der Seifenmasse, welche als Vehiculum für das Präparat dient, treten bei Benutzung des letzteren auf der zartesten Haut und auf dem Kopfe sofort zu Tage. Listerine Dermatic Soap enthält kein tierisches Fett und sind nur die allerbesten pflanzlichen Oele darin vertreten; ehe sie „gemahlen" und zu Kuchen verarbeitet wird, wird sie durch Zusetzen eines erweichenden Oeles überfettet, und die durch den Gebrauch von Listerine Dermatic Soap erzielte Glätte und Elastizität ist hauptsächlich diesem Zusatze zu verdanken. Ganz besondere Sorgfalt wird auf die Herstellung der Listerine Dermatic Soap verwendet, und da die antiseptischen Bestandteile des Listerines der Seife einverleibt werden, nachdem dieselbe einen Ueberschuss von unverseiftem erweichendem Oel erhalten hat, behalten sie ihre spezifischen antiseptischen Eigenschaften und den Wohlgeruch.

Eine Probe von Listerine Dermatic Soap steht auf Ansuchen hin zur Verfügung

Lambert Pharmacal Co., St. Louis, U. S. A.

INHALT:

Originalarbeiten.

Ueber private und öffentliche Badeeinrichtungen in den Vereinigten Staaten. Von Dr. Laquer, Wiesbaden..... 165

Zur Aetiologie der Perityphlitis. Von Dr. A. Rose..... 169

Zur Klinik und Aetiologie der Deferentitis pelvica. Von Privatdozent Dr. G. Nobl (Wien)..... 170

Ueber meine Erfahrungen mit Arhoven. Von Dr. Adolf Erdoes-Nagvarad (Ungarn) 180

Aerztliche Beklemmungen. Von Dr. Sigmar Karplus-Charlottenburg..... 183

Sitzungsberichte.

Ausserordentliche Sitzung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York:

Sitzung vom 15. Mai 1906..... 188

Therapeutische und klinische Notizen.. 198

Kleine Mitteilungen..... 198

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto In a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, General Agent

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

Tel. 1564 Cortlandt

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

LISTERINE

Das Original-Antisepticum

(*Goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Lewis & Clark Centennial Exposition, Portland, 1905; goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Louisiana Purchase Exposition, St. Louis, 1904; Bronzemedaille (höchste Auszeichnung) der Exposition Universelle de 1900, Paris.*)

Listerine ist ein wirksames und sehr geeignetes Mittel, die Borsäure, welche darin in vollkommener Lösung enthalten ist, nach den innersten Schlupfwinkeln und Falten der Schleimhäute zu bringen; während ferner auf der einen Seite die Möglichkeit des Auftretens giftiger Erscheinungen infolge von Listerine-Resorption ausgeschlossen ist, ist andererseits das Vermögen desselben, die Fäulnisprodukte unschädlich zu machen (und dadurch der Resorption septischer Stoffe vorzubeugen) in höchst zufriedenstellender Weise nachgewiesen worden.

LISTERINE DERMATIC SOAP

Eine Seife für die antiseptische Behandlung von Hautkrankheiten

Listerine Dermatic Soap enthält die wirksamen antiseptischen Bestandteile von Eucalyptus (1 Prozent), Minze, Wintergrün und Thymus, welche dem bekannten antiseptischen Präparate Listerine beigemischt sind; die vorzüglichen Eigenschaften der Seifenmasse, welche als Vehiculum für das Präparat dient, treten bei Benutzung des letzteren auf der zartesten Haut und auf dem Kopfe sofort zu Tage. Listerine Dermatic Soap enthält kein tierisches Fett und sind nur die allerbesten pflanzlichen Oele darin vertreten; ehe sie „gemahlen" und zu Kuchen verarbeitet wird, wird sie durch Zusetzen eines erweichenden Oeles überfettet, und die durch den Gebrauch von Listerine Dermatic Soap erzielte Glätte und Elastizität ist hauptsächlich diesem Zusatze zu verdanken. Ganz besondere Sorgfalt wird auf die Herstellung der Listerine Dermatic Soap verwendet, und da die antiseptischen Bestandteile des Listerines der Seife einverleibt werden, nachdem dieselbe einen Ueberschuss von unverseiftem erweichendem Oel erhalten hat, behalten sie ihre spezifischen antiseptischen Eigenschaften und den Wohlgeruch.

Eine Probe von Listerine Dermatic Soap steht auf Ansuchen hin zur Verfügung

Lambert Pharmacal Co., St. Louis, U. S. A.

INHALT:

Originalarbeiten.

Entstehung von Stoffwechselerkrankungen nach Veränderungen gewisser Blutgefässdrüsen (Schilddrüse, Nebennieren, Ovarien etc.). Von Dr. Arnold Lorand..... 199

Ist nervöse Dyspepsie eine Krankheit sui generis? Von Dr. A. Rose..... 204

Fall von doppelter Ovariotomie nebst Entfernung einer intraligamentären Cyste im frühen Stadium der Schwangerschaft. Von Abram Brothers, B.S. M.D., New York..... 205

Auszüge aus der Journalliteratur.

Seite 209 bis 224.

Sitzungsberichte.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York:
Sitzung vom 4. Juni 1906..... 225

Therapeutische und klinische Notizen.. 229

Kleine Mitteilungen..... 229

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR **GENITO-URINARY DISEASES.**

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto in a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, General Agent

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

Tel. 1564 Cortlandt

LISTERINE

Das Original-Antisepticum

(*Goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Lewis & Clark Centennial Exposition, Portland,* 1905; *goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Louisiana Purchase Exposition, St. Louis,* 1904; *Bronzemedaille (höchste Auszeichnung) der Exposition Universelle de* 1900, *Paris.*)

Listerine ist ein wirksames und sehr geeignetes Mittel, die Borsäure, welche darin in vollkommener Lösung enthalten ist, nach den innersten Schlupfwinkeln und Falten der Schleimhäute zu bringen; während ferner auf der einen Seite die Möglichkeit des Auftretens giftiger Erscheinungen infolge von Listerine-Resorption ausgeschlossen ist, ist andererseits das Vermögen desselben, die Fäulnisprodukte unschädlich zu machen (und dadurch der Resorption septischer Stoffe vorzubeugen) in höchst zufriedenstellender Weise nachgewiesen worden.

LISTERINE DERMATIC SOAP

Eine Seife für die antiseptische Behandlung von Hautkrankheiten

Listerine Dermatic Soap enthält die wirksamen antiseptischen Bestandteile von Eucalyptus (1 Prozent), Minze, Wintergrün und Thymus, welche dem bekannten antiseptischen Präparate Listerine beigemischt sind; die vorzüglichen Eigenschaften der Seifenmasse, welche als Vehiculum für das Präparat dient, treten bei Benutzung des letzteren auf der zartesten Haut und auf dem Kopfe sofort zu Tage. Listerine Dermatic Soap enthält kein tierisches Fett und sind nur die allerbesten pflanzlichen Oele darin vertreten; ehe sie „gemahlen" und zu Kuchen verarbeitet wird, wird sie durch Zusetzen eines erweichenden Oeles überfettet, und die durch den Gebrauch von Listerine Dermatic Soap erzielte Glätte und Elastizität ist hauptsächlich diesem Zusatze zu verdanken. Ganz besondere Sorgfalt wird auf die Herstellung der Listerine Dermatic Soap verwendet, und da die antiseptischen Bestandteile des Listerines der Seife einverleibt werden, nachdem dieselbe einen Ueberschuss von unverseiftem erweichendem Oel erhalten hat, behalten sie ihre spezifischen antiseptischen Eigenschaften und den Wohlgeruch.

Eine Probe von Listerine Dermatic Soap steht auf Ansuchen hin zur Verfügung

Lambert Pharmacal Co., St. Louis, U. S. A.

INHALT:

Originalarbeiten.

Hyperalgetische Zonen nach Kopfschüssen. Von Dr. Ernst C. Riebel..... 231

Zur Prophylaxe der Lungenblutungen. Von Dr. Hans Naumann, Kurarzt in Bad Reinerz (Schlesien) und Meran (Tirol) 235

Inwieweit besteht Lupusheilstätten, dermatologischen Abteilungen und Ambulatorien eine Gefahr der Tuberkuloseübertragung und worin bestehen die Mindestmassnahmen zu wirksamer Prophylaxe. Von Privatdozent Dr. Karl Ullmann in Wien..... 239

Versuche mit „Therapogen" in der chirurgischen Praxis und Hygiene. Von Sanitätsrat Dr. L. Fuerst, Berlin.... 248

Feuilleton.

Biologische Mineralogie..... 251

Sitzungsberichte.

Sitzung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt Chicago:

Sitzung vom 16. November 1905... 260

Sitzung vom 21. Dezember 1905.... 261

Sitzung vom 4. Januar 1906..... 262

Sitzung vom 18. Januar 1906..... 263

Kleine Mitteilungen 264

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto In a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, GENERAL AGENT

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

TEL. 1564 CORTLANDT

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

LISTERINE

Das Original-Antisepticum

(Goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Lewis & Clark Centennial Exposition, Portland, 1905; goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Louisiana Purchase Exposition, St. Louis, 1904; Bronzemedaille (höchste Auszeichnung) der Exposition Universelle de 1900, Paris.)

Listerine ist ein wirksames und sehr geeignetes Mittel, die Borsäure, welche darin in vollkommener Lösung enthalten ist, nach den innersten Schlupfwinkeln und Falten der Schleimhäute zu bringen; während ferner auf der einen Seite die Möglichkeit des Auftretens giftiger Erscheinungen infolge von Listerine-Resorption ausgeschlossen ist, ist andererseits das Vermögen desselben, die Fäulnisprodukte unschädlich zu machen (und dadurch der Resorption septischer Stoffe vorzubeugen) in höchst zufriedenstellender Weise nachgewiesen worden.

LISTERINE DERMATIC SOAP

Eine Seife für die antiseptische Behandlung von Hautkrankheiten

Listerine Dermatic Soap enthält die wirksamen antiseptischen Bestandteile von Eucalyptus (1 Prozent), Minze, Wintergrün und Thymus, welche dem bekannten antiseptischen Präparate Listerine beigemischt sind; die vorzüglichen Eigenschaften der Seifenmasse, welche als Vehiculum für das Präparat dient, treten bei Benutzung des letzteren auf der zartesten Haut und auf dem Kopfe sofort zu Tage. Listerine Dermatic Soap enthält kein tierisches Fett und sind nur die allerbesten pflanzlichen Oele darin vertreten; ehe sie „gemahlen" und zu Kuchen verarbeitet wird, wird sie durch Zusetzen eines erweichenden Oeles überfettet, und die durch den Gebrauch von Listerine Dermatic Soap erzielte Glätte und Elastizität ist hauptsächlich diesem Zusatze zu verdanken. Ganz besondere Sorgfalt wird auf die Herstellung der Listerine Dermatic Soap verwendet, und da die antiseptischen Bestandteile des Listerines der Seife einverleibt werden, nachdem dieselbe einen Ueberschuss von unverseiftem erweichendem Oel erhalten hat, behalten sie ihre spezifischen antiseptischen Eigenschaften und den Wohlgeruch.

Eine Probe von Listerine Dermatic Soap steht auf Ansuchen hin zur Verfügung

Lambert Pharmacal Co., St. Louis, U. S. A.

INHALT:

Originalarbeiten.

Spirochaete pallida. Von Dr. A. Memelsdorf, Chicago, Ill. 265

Die chirurgische Behandlung der chronischen Magengeschwüre. Von A. J. Ochsner, B.S., F.R.M.S., M.D. 269

Ursachen und Behandlungsmethoden schwerer Blutungen der Prostatiker. Von Dr. Berthold Goldberg, Cöln und Wildungen 272

Ueber das Sajodin. Von Dr. Theodor Mayer 280

Ein Beitrag zur Brom-Behandlung. Von Dr. M. R. Dinkelspiel, Philadelphia.. 284

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

Theodor Schilling: Günstige Beeinflussung der chronischen Bronchitis und des Bronchialasthmas durch Röntgenstrahlen 288

Georg Riebold: Ueber Menstruationsfieber, menstruelle Sepsis und andere während der Menstruation auftretende Krankheiten infektiöser resp. toxischer Natur 288

H. Cramer: Transplantation menschlicher Ovarien 288

Referate und Bücheranzeigen..... 289

Sitzungsberichte.

Sitzung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt Chicago:

Sitzung vom 1. Februar 1906..... 292

Sitzung vom 15. Februar 1906..... 293

Sitzung vom 1. März 1906..... 295

Klinische und therapeutische Notizen... 296

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto in a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, General Agent

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

Tel. 1564 Cortlandt

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

LISTERINE

Das Original-Antisepticum

(Goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Lewis & Clark Centennial Exposition, Portland, 1905; goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Louisiana Purchase Exposition, St. Louis, 1904; Bronzemedaille (höchste Auszeichnung) der Exposition Universelle de 1900, Paris.)

Listerine ist ein wirksames und sehr geeignetes Mittel, die Borsäure, welche darin in vollkommener Lösung enthalten ist, nach den innersten Schlupfwinkeln und Falten der Schleimhäute zu bringen; während ferner auf der einen Seite die Möglichkeit des Auftretens giftiger Erscheinungen infolge von Listerine-Resorption ausgeschlossen ist, ist andererseits das Vermögen desselben, die Fäulnisprodukte unschädlich zu machen (und dadurch der Resorption septischer Stoffe vorzubeugen) in höchst zufriedenstellender Weise nachgewiesen worden.

LISTERINE DERMATIC SOAP

Eine Seife für die antiseptische Behandlung von Hautkrankheiten

Listerine Dermatic Soap enthält die wirksamen antiseptischen Bestandteile von Eucalyptus (1 Prozent), Minze, Wintergrün und Thymus, welche dem bekannten antiseptischen Präparate Listerine beigemischt sind; die vorzüglichen Eigenschaften der Seifenmasse, welche als Vehiculum für das Präparat dient, treten bei Benutzung des letzteren auf der zartesten Haut und auf dem Kopfe sofort zu Tage. Listerine Dermatic Soap enthält kein tierisches Fett und sind nur die allerbesten pflanzlichen Oele darin vertreten; ehe sie „gemahlen" und zu Kuchen verarbeitet wird, wird sie durch Zusetzen eines erweichenden Oeles überfettet, und die durch den Gebrauch von Listerine Dermatic Soap erzielte Glätte und Elastizität ist hauptsächlich diesem Zusatze zu verdanken. Ganz besondere Sorgfalt wird auf die Herstellung der Listerine Dermatic Soap verwendet, und da die antiseptischen Bestandteile des Listerines der Seife einverleibt werden, nachdem dieselbe einen Ueberschuss von unverseiftem erweichendem Oel erhalten hat, behalten sie ihre spezifischen antiseptischen Eigenschaften und den Wohlgeruch.

Eine Probe von Listerine Dermatic Soap steht auf Ansuchen hin zur Verfügung

Lambert Pharmacal Co., St. Louis, U. S. A.

INHALT:

Originalarbeiten.

Physiologie und Pathologie der Bauchmuskeln. Von Dr. A. Rose..... 299

Die Anzeigen zur Radikaloperation der Prostatiker. Von Dr. Berthold Goldberg in Wildungen..... 305

Hydrorrhoea nasalis, Abfluss von Liquor cerebrospinalis aus der Nase und ähnliche Affektionen. Von Dr. W. Freudenthal 316

Internationale Aufgaben der Universität. Rede zur Gedächtnisfeier des Stifters der Berliner Universität, König Friedrich Wilhelm III., gehalten von Professor Hermann Diels..... 319

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

Th. Brühl: Ueber Anwendung von Inhalationen in der Phthiseotherapie..... 322

W. Weinberg: Die Beziehungen zwischen der Tuberkulose und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett..... 322

W. Weinberg: Lungenschwindsucht beider Ehegatten. Ein Beitrag zur Lehre von der Tuberkulose in der Ehe..... 323

Zickgraf: Ueber die therapeutische Verwendung des kieselsauren Natriums und über die Beteiligung der Kieselsäure an der Bildung von Lungensteinen 324

Karl Simrock: Zuckerbestimmung im Harn mittelst einer Modifikation der Trommer'schen Probe 324

Fritz König: Bleibende Rückenmarkslähmung nach Lumbalanästhesie..... 325

Paul Roeder: Zwei Fälle von linksseitiger Abduzenslähmung nach Rückenmarksanästhesie 325

E. Mendel: Die Migräne..... 325

Credé: Prophylaktische Antisepsis..... 326

Vandeweyer und Wybauw: Ueber die Wirkung der Stahlwässer auf den Stoffwechsel 327

Oscar Lassar: Die Verhütung und Bekämpfung der Kahlheit..... 327

H. Gifford: Ueber ein neues Augensymptom bei Morbus Basedowii..... 328

Klinische und therapeutische Notizen.... 329

Kleine Mitteilungen 330

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto In a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, GENERAL AGENT

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

TEL. 1564 CORTLANDT

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

LISTERINE

Das Original-Antisepticum

(Goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Lewis & Clark Centennial Exposition, Portland, 1905; goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Louisiana Purchase Exposition, St. Louis, 1904; Bronzemedaille (höchste Auszeichnung) der Exposition Universelle de 1900, Paris.)

Listerine ist ein wirksames und sehr geeignetes Mittel, die Borsäure, welche darin in vollkommener Lösung enthalten ist, nach den innersten Schlupfwinkeln und Falten der Schleimhäute zu bringen; während ferner auf der einen Seite die Möglichkeit des Auftretens giftiger Erscheinungen infolge von Listerine-Resorption ausgeschlossen ist, ist andererseits das Vermögen desselben, die Fäulnisprodukte unschädlich zu machen (und dadurch der Resorption septischer Stoffe vorzubeugen) in höchst zufriedenstellender Weise nachgewiesen worden.

LISTERINE DERMATIC SOAP

Eine Seife für die antiseptische Behandlung von Hautkrankheiten

Listerine Dermatic Soap enthält die wirksamen antiseptischen Bestandteile von Eucalyptus (1 Prozent), Minze, Wintergrün und Thymus, welche dem bekannten antiseptischen Präparate Listerine beigemischt sind; die vorzüglichen Eigenschaften der Seifenmasse, welche als Vehiculum für das Präparat dient, treten bei Benutzung des letzteren auf der zartesten Haut und auf dem Kopfe sofort zu Tage. Listerine Dermatic Soap enthält kein tierisches Fett und sind nur die allerbesten pflanzlichen Oele darin vertreten; ehe sie „gemahlen" und zu Kuchen verarbeitet wird, wird sie durch Zusetzen eines erweichenden Oeles überfettet, und die durch den Gebrauch von Listerine Dermatic Soap erzielte Glätte und Elastizität ist hauptsächlich diesem Zusatze zu verdanken. Ganz besondere Sorgfalt wird auf die Herstellung der Listerine Dermatic Soap verwendet, und da die antiseptischen Bestandteile des Listerines der Seife einverleibt werden, nachdem dieselbe einen Ueberschuss von unverseiftem erweichendem Oel erhalten hat, behalten sie ihre spezifischen antiseptischen Eigenschaften und den Wohlgeruch.

Eine Probe von Listerine Dermatic Soap steht auf Ansuchen hin zur Verfügung

Lambert Pharmacal Co., St. Louis, U. S. A.

INHALT:

Originalarbeiten.

Ueber die Behandlung der Magen-Darmerkrankungen mit Kohlensäuremassage. Von Dr. Walther Nic. Clemm, Darmstadt 333

Ueber die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Von Dr. Ethan A. Gray, Chicago 338

Feuilleton.

Staatsarzt- oder Privatarztsystem?..... 339

Referate und Kritiken.

Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende. Herausgegeben von Prof. Dr. Julius Schwalbe..... 343

Atmokausis und Zestokausis. Die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynäkologie. Von Ludwig Pincus 344

Sitzungsberichte.

Deutsche Mem. Gesellschaft der Stadt New York 345

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York..... 350

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt Chicago 352

78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Stuttgart, vom 16. bis 22. September 1906..... 359

Therapeutische und klinische Notizen.. 365

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR **GENITO-URINARY DISEASES.**

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto In a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, General Agent

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

Tel. 1564 Cortlandt

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

LISTERINE

Das Original-Antisepticum

(Goldene Medaille (höchstc Auszeichnung) der Lewis & Clark Centennial Exposition, Portland, 1905; goldene Medaille (höchste Auszeichnung) der Louisiana Purchase Exposition, St. Louis, 1904; Bronzemedaille (höchste Auszeichnung) der Exposition Universelle de 1900, Paris.)

Listerine ist ein wirksames und sehr geeignetes Mittel, die Borsäure, welche darin in vollkommener Lösung enthalten ist, nach den innersten Schlupfwinkeln und Falten der Schleimhäute zu bringen; während ferner auf der einen Seite die Möglichkeit des Auftretens giftiger Erscheinungen infolge von Listerine-Resorption ausgeschlossen ist, ist andererseits das Vermögen desselben, die Fäulnisprodukte unschädlich zu machen (und dadurch der Resorption septischer Stoffe vorzubeugen) in höchst zufriedenstellender Weise nachgewiesen worden.

LISTERINE DERMATIC SOAP

Eine Seife für die antiseptische Behandlung von Hautkrankheiten

Listerine Dermatic Soap enthält die wirksamen antiseptischen Bestandteile von Eucalyptus (1 Prozent), Minze, Wintergrün und Thymus, welche dem bekannten antiseptischen Präparate Listerine beigemischt sind; die vorzüglichen Eigenschaften der Seifenmasse, welche als Vehiculum für das Präparat dient, treten bei Benutzung des letzteren auf der zartesten Haut und auf dem Kopfe sofort zu Tage. Listerine Dermatic Soap enthält kein tierisches Fett und sind nur die allerbesten pflanzlichen Oele darin vertreten; ehe sie „gemahlen" und zu Kuchen verarbeitet wird, wird sie durch Zusetzen eines erweichenden Oeles überfettet, und die durch den Gebrauch von Listerine Dermatic Soap erzielte Glätte und Elastizität ist hauptsächlich diesem Zusatze zu verdanken. Ganz besondere Sorgfalt wird auf die Herstellung der Listerine Dermatic Soap verwendet, und da die antiseptischen Bestandteile des Listerines der Seife einverleibt werden, nachdem dieselbe einen Ueberschuss von unverseiftem erweichendem Oel erhalten hat, behalten sie ihre spezifischen antiseptischen Eigenschaften und den Wohlgeruch.

Eine Probe von Listerine Dermatic Soap steht auf Ansuchen hin zur Verfügung

Lambert Pharmacal Co., St. Louis, U. S. A.

INHALT:

Originalarbeiten.

Infektionswege der Tuberkulose. Von Dr. J. W. Gleitsmann 367

Analgesie während der Geburt. Von Dr. L. A. Ewald 373

Sitzungsberichte.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom 5. November 1906 377

Jahresversammlung vom 3. Dezember 1906 387

Feuilleton.

Die Medizin zur Zeit Homers. Von Dr. N. Benakis-Smyrna 393

Therapeutische und klinische Notizen.

Alypin als Lokalanästhetikum 396

Santyl-Knoll als internes Anti-Gonorrhoikum 396

Das Guajakolalalbuminat Histosan und seine Anwendung bei Lungen- und Darmtuberkulose 397

Innere Behandlung der Erkrankungen des Gallensystems mit Probilin 398

Kleine Mitteilungen 399

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

KARÁTSONYI & KMETZ,

IMPORTEURE VON

UNGAR- WEINEN

UND

BRANDIES

Fuer Medicinische Zwecke.

BUDAPEST.

Weinkeller: 54 Second Avenue, cor. Third Street, New York.
Filiale: 846 Lexington Avenue, Brooklyn, E. D.

Man sende gefaelligst um Preis-Liste.

SANMETTO FOR GENITO-URINARY DISEASES.

A Scientific Blending of True Santal and Saw Palmetto in a Pleasant Aromatic Vehicle.

A Vitalizing Tonic to the Reproductive System.

SPECIALLY VALUABLE IN
PROSTATIC TROUBLES OF OLD MEN—IRRITABLE BLADDER—
CYSTITIS—URETHRITIS—PRE-SENILITY.

DOSE:—One Teaspoonful Four Times a Day. OD CHEM. CO., NEW YORK.

CARL KAHLER, General Agent

EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY

ALSO

FIRE ACCIDENT AND LIABILITY INSURANCE

PARK ROW BUILDING
21 PARK ROW

Tel. 1564 Cortlandt

No physician can afford to be indifferent regarding the accurate filling of his prescription.

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, Januar, 1906. No. 1.

Eklampsie und vaginaler Kaiserschnitt.

Von Dr. A. L. Ewald.

Die Flut von Arbeiten über die Ursache der Eklampsie beweist, dass wir dieselbe noch nicht ermittelt haben; wir sind deswegen nicht wie bei anderen Erkrankungen, deren Aetiologie wir kennen, in der glücklichen Lage, den kausalen Faktor bestimmt anzugreifen und auszuschalten. Wir wissen durch die sinnreichen Untersuchungen von Blumreich und Zuntz, dass die mütterlichen Gehirnzentren bei Schwangeren spezifische Reizempfindlichkeit besitzen, ferner hat Schmorl durch ausgedehnte Untersuchungen an der Leiche den Symptomenbefund der Eklampsie uns als abgerundetes, bestimmtes Erkrankungsbild vorgeführt, das in der ersten Linie für ein im Blute kreisendes toxisches Agens spricht. Der Beweis nun, ob dieses Agens ein, wie Veit annimmt, durch die Zottendeportation erzeugtes Cytotoxin ist, bleibt der Zukunft vorbehalten, bis jetzt müssen wir an der etwas allgemeineren Annahme festhalten, dass die Eklampsie hervorgerufen wird durch ein intermediäres Stoffwechselprodukt von grosser Giftwirkung. So lange aber die Aetiologie in Dunkel gehüllt ist, wird uns die Therapie von Erfahrungsätzen vorgeschrieben, die sich aus den zahlreichen beobachteten Fällen als nahezu regelmässig erwiesen haben; erfahrungsgemäss wissen wir:

1. Die eklamptischen Anfälle sistieren in ungefähr 80 Prozent der Fälle nach der Geburt, auch das Absterben des Kindes führt häufig ein Aufhören der Eklampsie herbei.

2. Die Nierenfunktion ist mehr oder weniger vollständig unterdrückt.

3. Je mehr Anfälle, je rascher die Aufeinanderfolge, desto schlechter die Prognose.

Diese Tatsachen der Erfahrung weisen uns den Weg unseres therapeutischen Handelns, das bestehen soll:

1. In der schleunigen Entbindung;

2. in der Anregung der Nierentätigkeit mit Zuhilfenahme von Darm und Haut, um einerseits die Schlacken des Stoffwechsels zu entfernen, andererseits den Organismus zu entgiften.

Treten wir dem ersten Punkte. der Frage der schleunigen Entbindung, näher, so stehe ich mit Dührssen, Bumm u. a. auf dem gleichen Standpunkte, jede Eklamptische sofort nach dem ersten Anfalle zu entbinden.

Wir können dem Falle im Anfange nicht ansehen, ob er leicht oder schwer verlaufen wird; eine relativ gute Nierensekretion kann sich auf einmal verschlimmern. Die Prognose eines symptomatisch behandelten Eklampsiefalles ist für Mutter und Kind eine durchaus unsichere. Je früher wir entbinden, desto

mehr verkürzen wir die Dauer der Giftwirkung, desto weniger schwere Veränderungen werden wir an dem mütterlichen Organismus beobachten.

Die Eklampsie hört durch die Entleerung des Uterus um so sicherer auf, je früher die Entleerung vorgenommen wird. Nach der exspektativen Methode gehen über 50 Prozent der Kinder zu Grunde; wir haben kein Recht, das Leben des Kindes zu vernachlässigen, sofern wir Mittel haben, das zu verhüten, ebenso wenig wie wir zur Perforation berechtigt sind, wenn die Eklamptische ein normales oder nur wenig verengtes Becken hat und mit lebendem Kinde in unsere Behandlung kommt. Was nun die technische Ausführung der raschen Entbindung anlangt, so ist es zweckmässig, drei Stadien zu unterscheiden:

1. Muttermund vollständig erweitert.
2. Portio verstrichen.
3. Portio vollständig erhalten, Muttermund geschlossen.

Ist, wie im Falle 1, der Muttermund vollständig erweitert, so werden die Gefahren der Entbindung gering sein. Man kann je nach Lage und Stellung, wie es der individuelle Fall erheischt, die Zange oder Wendung auf den Fuss mit folgender Extraktion anwenden. Die erforderliche Weite des Introitus und der Scheide kann man durch vorsichtige Dehnung oder eventuelle Episiotomie erreichen.

Hinsichtlich des 2. Stadiums, wo zwar die Portio verstrichen, der Muttermund aber kaum für einen oder zwei Finger durchgängig ist, möchte ich nach dem Vorgange von Leopold die Erweiterung mit dem Dilatatorium Bossi empfehlen. Die Metreuryse, die Erweiterung mit dem Ballon, nimmt zu lange Zeit in Anspruch; die Erweiterung der Cervix nach Harris Bonnaire mit den Fingern und der Hand ist ungleich in der Wirkung und besitzt ausserdem mehr Nachteile als Vorteile. Instrument Bossi erweitert in ½—1 Stunde den Muttermund auf 9—10 cm und ist sicher sterilisierbar; nach der Dilatation soll wo möglich die Entbindung mit der Zange vollendet werden; Wendung und Extraktion verschlechtert die Prognose.

Wir kommen nun zu jenen Fällen, die ich nach der obigen Einteilung ins dritte Stadium rechne. Es sind die eklamptischen Anfälle im allerersten Anfange der Geburt oder sogar noch vor dem Auftritt von Wehen, bei noch vollständig erhaltener Portio, geschlossenem Muttermund. Hier tritt die Sectio caesarea vaginalis nach Dührssen oder die Hysterotomia vaginalis anterior nach Bumm in ihre Rechte. Die unblutigen Dilatationsverfahren bleiben in diesem Stadium gewöhnlich resultatlos oder setzen unberechenbare Zerreissungen; das Verfahren nach Dührssen ist schonender, chirurgisch richtiger und zeigt bessere Erfolge als alle anderen Verfahren.

Der vaginale Kaiserschnitt wird so ausgeführt, dass man nach Einstellung der Portio und des Scheidengewölbes mit breiten Spiegeln die Portio mit Collins-Zangen an beiden Seiten fasst und den Uterus so weit als möglich herabzieht; sodann macht man einen ungefähr 7 cm langen Schnitt sagittal durch die vordere Scheidenschleimhaut; zwischen den Schnitträndern wird die Blase sichtbar; nachdem man das Bindegewebe mit der Schere, genau in der Mitte bleibend, durchtrennt hat, schiebt sich die Blase leicht nach oben, der nun freiliegende Uterusteil wird mit der Schere gespalten; die weitere Spaltung des Uterus geschieht sukzessive unter Zurückschiebung der Blase und des Peritoneums bis über den inneren Muttermund hinaus, bis der Spalt so weit ist, dass man den Fruchtkörper durchziehen kann. Es erfolgt dann die Wendung auf den Fuss und die Extraktion; die Entwickelung der Frucht von selbst über 3000 g ist bei Mehrgebärenden nicht schwierig und gelingt in wenigen Minuten. Bei Nulliparen bietet Scheide und Damm oft Schwierigkeit, so dass tiefe Scheidendamm-Inzisionen nötig werden. Dührssen empfiehlt stets Aufschneiden der hinteren Uteruswand, danach stumpfes

Hochschieben des Douglasperitoneums, so dass eine grosse Mannesfaust bequem durchgeführt werden kann. Zum Schlusse werden alle Schnittwunden durch die Naht vereinigt. Bumm hat 52 Fälle nach seiner Methode aus verschiedenen Ursachen, wie: Eklampsie Schwangerschaftsnephritis, schwere Herzfehler, Placenta praevia, Narbenstenose der Cervix u. s. f. operiert und hat darunter nur einen Fall und zwar an Sepsis verloren. Ich habe dieselbe bis jetzt 7 mal ausgeführt, und zwar 3 mal wegen Eklampsie, 4 mal wegen anderer Komplikationen. Krankengeschichte und Verlauf der 3 eklamptischen Fälle will ich hier kurz mitteilen.

1. Fall, 23 Jahre alt, 1para 10. Monat. Mehrere Anfälle, bevor ich Patientin sah. Coma und starke Agitation. Urin soll in den letzten 24 Stunden nicht abgegangen sein. Mittels des Katheters werden ungefähr 2 Unzen Urin gewonnen, derselbe enthält über 15 Prozent Eiweis. Scheide eng. Cervix völlig erhalten. Kopf vorliegend, Rücken links; Operation nach Dührssen mit tiefen Damminzisionen und vorderem und hinterem Uterusschnitt. Wendung und Extraktion gelingt leicht in 5—6 Minuten. Expression der Placenta. Kind ist lebensfrisch, 2850 g, 49 cm.

2. Fall, Mrs. S., 29 Jahre alt, 1para 9. Monat. Coma und hatte 2 Anfälle; wird nach dem Hospitale überführt; Urin 1½ Unze mittelst Katheter; erstarrt im Glase. Wegen Enge der Scheide tiefe Scheidendamminzisionen; die Portio vollständig; Hysterotomia anterior; das Kind wird lebensfrisch in 5 Minuten entwickelt.

Fieber in den ersten Tagen nach dem Eingriffe und noch 9 Anfälle. Urinmenge steigt täglich; erst am 5. Tage ist sich Patientin bewusst, dass sie im Hospitale ist; das Coma dauerte über 2 Tage; trotzdem wird Patientin am 15. Tage mit lebendem Kinde entlassen. Im Urin nur noch Spuren von Eiweiss.

3. Fall, Mrs. W., 23 Jahre, 8. Monat. Eklampsie. Pat. wird nach 2 Anfällen in einer Stunde in tiefem Coma mit starker Cyanose in das Hospital gebracht. Blase enthält nur geringe Menge Urin. Zehn Prozent Albumen. Oedem an Gesicht und unteren Extremitäten; Introitus und Scheide eng; Cervix erhalten und Muttermund geschlossen. Kopf liegt vor, Rücken links; Hysterotomia anterior; Entwicklung eines lebenden Kindes. Gewicht 1600 g 42 cm; stirbt nach 2 Tagen. Im Wochenbett noch 7 Anfälle; Coma dauert an für die nächsten 18 Stunden. Urinmenge steigt stetig und erreicht am 3. Tage 1500. Heilung.

Wir haben es, wie Sie sehen, mit dieser Methode in der Hand, den Uterus beliebig zu entleeren. Durch die langsame Dehnungsmethode sind wir nicht in der Lage, dass wir der Dringlichkeit entsprechen können. Vom chirurgischen Standpunkte aus betrachtet ist dies das richtige Vorgehen, wir operieren nicht im Dunkel wie bei der forcierten Dehnung, wo die Einrisse gewöhnlich seitlich fallen in das reiche parametritische Bindegewebe in der Gegend der grossen Arterien, Venen und Lymphbahnen. Bei der Hysterotomia vaginalis anterior durchtrennt ein glatter Schnitt den bindegewebsarmen präcervikalen Abschnitt des Subserosiums; neben dem Vorteil der glatten Schnittwunde im Gegensatz zu der Quetschwunde bei der forcierten Dilatation haben wir noch die bessere Lokalisation. Der vaginale Kaiserschnitt ist ohne Frage eine schätzenswerte Bereicherung unserer operativen Methoden. (Die Mortalitätsziffer, die früher bei Eklampsie die erschreckende Höhe von 20—35 Prozent war, ist nach der Statistik von Bumm auf 8 Prozent gesunken; dass dadurch das Leben des Kindes mehr Aussicht auf Erhaltung dabei hat, erhellt aus dem Vorgehen.) Es erfordert der Eingriff das übliche Mass guter geburtshilflicher Fertigkeit und Kenntniss in der Ausführung vaginaler Eingriffe, ferner peinliche Anti- und Asepsis, sowie geschulte Assistenz, eine Forderung, die bei unseren Verhältnissen

der Grossstadt nicht schwer zu erfüllen ist. Bumm sagt mit Recht: Keine der bis heute zu Gebote stehenden Erweiterungsmethoden vermag bei gar nicht oder nur wenig entfaltetem Collum etwas ähnliches zu leisten.

Die zweite Forderung, die wir zu erfüllen haben, ist die Anregung der Nierentätigkeit und die Entgiftung des Organismus. Das letztere ist wohl das wichtigere; die Regeneration des Nierenepithels wird dann nur vor sich gehen, wenn die schädliche Noxe ausgeschaltet ist. Als zweckmässig erwiesen sich die feuchtwarmen Einwickelungen nach Jaquet. Der klassische Aderlass hat in neuerer Zeit wieder Anhänger gefunden; bei der Sectio caesarea vaginalis drängt sich uns derselbe in etwas anderer Form unwillkürlich auf, indem die Operation ja nicht ohne einen gewissen Blutverlust auszuführen ist. Ich lasse der Operation zur weiteren Verdünnung der Giftstoffe eine oder mehrere Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung folgen. Dauern Konvulsionen und Coma nach der Operation an, so werden rektale Eingiessungen von Kochsalzlösung eventuell Veronal verabreicht. Ich bin sicher, dass man mit diesen Massnahmen die Mortalitätsziffer auf ein weiteres Minimum herabdrücken kann. Durch die Abkürzung der Entbindung gegenüber dem alten Vorgehen vermeiden wir auch zum grossen Teil die Gefahren der Infektion, die früher eine gefährliche Rolle bei der Eklampsie spielten und eliminieren die auf den Organismus tötlich wirkenden Gifte in der kürzesten Zeit. Aus diesen Gründen möchte ich Ihnen den vaginalen Kaiserschnitt, der ein neues Eindringen der Chirurgie in die Geburtshilfe bedeutet, als leistungsfähig und berechtigt empfehlen.

Ein Fall von Prurigo Hebræ.

Von Dr. Edward Pisko.

Instructor in Dermatology, Cornell University Medical College.

Jenny G., 11 Jahre alt, hier geboren, hat einen Bruder, 6 Jahre alt, vollkommen gesund, ebenso die Eltern, welche russischer Abkunft sind. In den ersten Lebensmonaten hatte Patientin einige Abszesse auf der Kopfhaut, welche eröffnet wurden und normal heilten; kurz darauf, vor dem Ende des ersten Lebensjahres, begann die Krankheit und zeigte mit wenigen Ausnahmen fast stets dasselbe Bild, welches wir auch heute sehen. Patientin kam am 7. Oktober v. J. zum ersten Male in meine Behandlung; kaum entkleidet, kratzte sie sich im Gesicht und am ganzen Körper, überall zeigen sich ausgedehnte Kratzeffekte, ausserdem kleine Bläschen, exkoriierte Papeln, Pusteln und Krusten. Die Papeln sind sämtlich exkoriiert, von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngrösse, insbesondere an der Stirne, im Gesicht, am Stamm, an den Streckseiten der Extremitäten, nach abwärts an Intensität zunehmend und, was man in Fällen von Prurigo Hebrae selten sieht, auch auf beide Handflächen übergreifend, welche mit den Knötchen dicht besät sind, Cervical-, Axillar-, Cubital- und Poplitealdrüsen sind auf Haselnussgrösse geschwollen, die beiden Inguinaldrüsen über Wallnussgrösse, also typische Prurigobubonen. Die Ellbogenbeugen und die Kniekehlen sind stets frei geblieben, hier finden wir normale Haut, was für Prurigo Hebrae charakteristisch ist, während sonst die ganze Decke rauh, hart, trocken, verdickt ist; die Schweissabsonderung ist vollkommen aufgehoben, die über die Haut gleitende Hand bekommt den Eindruck, als ob sie über ein Reibeisen fahren würde, die kaum hanfkorngrossen Knötchen fühlt man viel deutlicher, als man selbe sieht. Der öfters

untersuchte Urin war stets normal, das Blut zeigt 60 Prozent Haemoglobin und 18.6 Prozent eosinophile Zellen.

Status praesens (9. Januar 1906): Die Lymphdrüsen sind allenthalben fühlbar, aber bedeutend kleiner, was einzig und allein mit der Abnahme des Juckens resp. Kratzens im Zusammenhang ist. Die Behandlung war ein protrahiertes Bad, mässig warm, viel Seife, Dauer bis zu achtzig Minuten täglich mit nachfolgender Einreibung von 2 Prozent Menthol-Lanolin. Intern ausser Diät Leberthran und Milch an je vier Tagen der Woche. Ac. carbolicum, 1 Tropfen (in Glycerin), zuerst 2, dann 3 und später 4 per Tag, die letzten 3 Tage der Woche wird immer ausgesetzt. Ich schreibe die Besserung, die ganz auffallend ist, hauptsächlich dem Umstande zu, dass ich das Kind nicht in die Schule gehen lasse, sondern möglichst den ganzen Tag im Freien halte, ferner dem protrahierten Seifenbad und der Anordnung, dass Patientin so oft wie möglich, wenigstens drei mal per Tag, mit Salbe eingerieben wird und ferner am allermeisten der Diät. Exazerbationen treten bei ihr regelmässig auf nach Genuss von rohen Früchten und sowie sie etwas mehr Fleisch geniesst, zweifelsohne spielt also der Metabolismus eine wichtige Rolle. Die Ansicht Hebra's, dass in den meisten dieser Fälle die Eltern an Tuberkulose sterben, bestätigt sich bei unserer Patientin nicht, es besteht keine Tuberkulose in der ganzen Familie. Auch die Ansicht älterer Autoren, dass Prurigo Hebrae in Amerika nicht vorkomt, bestätigt sich nicht, wahrscheinlich trägt die Schuld daran die stärkere Einwanderung aus Oesterreich, Galizien, Polen, Ungarn, die Länder, in denen die Krankheit relativ öfter gesehen wird. In den letzten 15 Jahren werden auf jeder grösseren Hautklinik hier mindestens 2—3 Fälle im Jahre gesehen, Jackson beobachtete im Jahre 1904 acht Fälle. Eine andere Eigentümlichkeit der Prurigo Hebrae, dass ein schwerer Fall vom Anbeginn als solcher auftritt (Prurigo ferox) und schwer bleibt und dass nie aus einer Prurigo ferox eine Prurigo mitis wird oder umgekehrt, zeigt auch unser Fall.

Sydenham Building, 616 Madison Avenue.

Ueber ärztliche Kunstsprache.*

Von Dr. A. Rose.

In der ärztlichen Kunstsprache gibt es viele griechische und lateinische Namen, weil die ärztliche Wissenschaft aus dem griechisch-römischen Altertum stammt. Diese klassischen Sprachen in unserer Onomatologie haben der medizinischen Wissenschaft einen internationalen Charakter verliehen und eine Vereinigung der verschiedenen Völker zum Besten der Wissenschaft hergestellt. Es ist eine nützliche Gewohnheit, welche sich in der medizinischen Literatur eingebürgert hat, nicht nur die Namen, welche aus den Schriften der alten griechischen und römischen Aerzte überliefert worden sind, beizubehalten, sondern auch neue Namen für Begriffe, die den Aerzten des griechischen und römischen Altertums noch unbekannt waren, aus den klassischen Sprachen zu bilden.

Die meisten Benennungen werden aus dem Griechischen gebildet. Nie hat es eine Sprache gegeben, welche grössere Mannigfaltigkeit und grössere Bestimmtheit des Ausdruckes und des Stils gestattet, als die attische, und in welcher Verbindungen so gut sich formen lassen als in dieser.

Mit der Einführung von mehr und mehr neuen Benennungen für neue Be-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York am 8. Januar 1906.

griffe haben sich mehr und mehr Unregelmässigkeiten in unsere Onomatologie eingeschlichen. Im Jahr 1821 veröffentlichte L. A. Kraus ein kritisch-etymologisch medizinischen Lexikon von Namen aus dem Griechischen gebildet, besonders aber solcher, die er als unrichtig erkannt hatte. Seit dem Erscheinen des Wörterbuches von Kraus ist die Klage über unrichtige und Zwitterwörter in unserer Onomatologie allgemein geworden, ein Ende dieser Beschwerden ist unter den gegenwärtigen Umständen, die wir im weiteren erläutern wollen, nicht abzusehen, die Klagen bilden einen stehenden Teil in unseren heutigen ärztlichen Zeitschriften. Virchow hat in seiner Rektoratsrede die Aufmerksamkeit auf den Uebelstand gelenkt. Hyrtl, der grösste Philologe unter den Anatomen, veröffentlichte seine anatomische Onomatologie, in der er eine grosse Anzahl von gebräuchlichen Benennungen als unrichtig, abgeschmackt, lächerlich und folglich unwissenschaftlich bezeichnet. Henle versuchte die anatomische Onomatologie zu reformieren. Die deutsche anatomische Gesellschaft hat versucht, eine grammatikalisch richtige anatomische Onomatologie zu geben. Ein Komitee arbeitete sieben Jahre lang daran, ohne zu erfüllen, was die Gesellschaft versprochen. In der Tat, alle diese Versuche ernster, gelehrter Männer, mit gründlicher Kenntnis der klassischen Philologie unsere Kunstsprache zu verbessern, schlugen fehl, und wir werden sehen, weshalb sie fehlschlugen.

Die griechischen und lateinischen Namen in der Medizin machten medizinische Wörterbücher zur Notwendigkeit. Die ältesten (das erste, das gedruckt erschien, kommt aus dem Jahr 1534) enthielten alten griechischen und römischen Aerzten entnommene Namen, mit der Zeit wurden mehr und mehr griechische und lateinische Neubildungen eingeführt.

Und nun kommen wir zu einer wichtigen Tatsache, auf die, so viel ich weiss, noch niemand vor mir aufmerksam gemacht hat: Die Nomenklatoren, deren Neubildungen in unseren Wörterbüchern erscheinen, sprachen oder sprechen nicht griechisch, sie kannten resp. kennen nur die schriftliche Ueberlieferung, das ist, nur einen Teil der Sprache und zogen keine griechischen zeitgenössischen Aerzte, die ihnen hätten helfen können, zu Rate. Ganz besonders bemerkenswert in dieser Beziehung ist das Verfahren des Komitees der deutschen anatomischen Gesellschaft, welches sieben Jahre lang arbeitete, Zusammenkünfte in den Städten München, Wien, Goettingen, Strassburg und Basel hatte, aber nie in Athen tagte. Sie haben das heute gesprochene Griechisch unberücksichtigt gelassen, nicht einmal einen einzigen Blick in ein heutiges griechisches Lehrbuch der Anatomie geworfen.

Es ist zum grössten Teil die Schuld der Philologen, dass wir eine kauderwälsche ärztliche Kunstsprache haben.

Die Sprache eines ausgestorbenen zivilisierten Volkes, wie die der Baktrier, kann nur auf eine Art überliefert werden, nämlich schriftlich, die Sprache eines unkultivierten Volkes, wie die der Hottentotten, kann ebenfalls nur auf eine Art überliefert werden, nämlich mündlich. Die Ueberlieferung der Sprache eines lebenden zivilisierten Volkes jedoch ist eine zweifache, eine schriftliche und eine mündliche: das ist, es gibt hier eine gelehrte und eine volkstümliche Tradition, und diese zwei Formen der Tradition beeinflussen sich gegenseitig. Eine der Beeinflussungen ist die durch die alten Sprachdenkmäler auf die späteren Phasen der Sprache, und diese Beeinflussung ist um so dauernder, je mannigfaltiger die ältere Literatur und je fleissiger sie von den Nachkommen studiert wird.

Das Studium einer Sprache wie die griechische sollte sich nicht auf das Erlernen und Erforschen der einen Form der Tradition mit Ausschluss der anderen Form der Tradition beschränken, weil solche Einschränkung eine Hilfe der Tradition von der Forschung ausschliesst, trotzdem beide zusammen, sich einander ergänzend berücksichtigt wer-

den müssen, um ein wissenschaftliches Verständnis der älteren Phase sowohl als der neueren Phase der Sprache zu ermöglichen.

Man sollte annehmen, das müsse jedermann klar erscheinen, und dass besonders Männer der Wissenschaft diese Regel beim Studium einer Sprache befolgen würden. In der Tat tun sie dies auch bei wissenschaftlicher Erforschung irgend einer Sprache, nur bei der griechischen machen sie eine Ausnahme. Beim Studium und Lehren des Griechischen sind unsere Philologen unwissenschaftlich, sie kennen nur die schriftliche Ueberlieferung des Griechischen, nennen alle Wörter und Phaenomena im Griechischen, die heute in Griechenland gesprochen werden und die sie nicht in den alten Texten finden, neugriechisch und betrachten solche Wörter und Phaenomena als nicht zum Altgriechischen gehörig, trotzdem diese Wörter und Phaenomena echte, unverdorbene und oft unveränderte uralt griechische sind. Sie wissen nicht und wollen nicht wissen, dass der grössere Teil des Altgriechischen in das heutige Griechisch nur durch mündliche Tradition überliefert worden, dass auf diese Weise überliefertes Griechisch nichts weniger als Neugriechisch ist. Die Methoden dieser Philologen sind unwissenschaftlich, fehlerhaft und irreführend, sie haben die ärztlichen Nomenklatoren missleitet.

Durch Vereinfachung der Grammatik wurde Altgriechisch zum heutigen Griechisch, es wurde modernisiert. Bei dieser Vereinfachung jedoch blieb es die unsterbliche Sprache, die sich aus sich selbst, nur aus ihren eigenen Elementen weiter entwickelte, ohne zu ihrer Ergänzung fremde Elemente aufzunehmen. Es ist die einzige Sprache in Europa, welche keiner Fremdworte bedarf, welche Fremdwörter ausschliesst.

Seit Männer wie Hatzidakis uns die Geschichte der Entwickelung des heutigen Griechisch gegeben, gibt es keine Entschuldigung für die groben Irrtümer, die nicht nur im Volke geläufig sind, sondern die auch von Philologen in Bezug auf den Charakter des heutigen Griechisch verbreitet werden.

Für jemand, der sich mit heutiger griechischer Sprache und Literatur vertraut gemacht, ist es peinlich, zu sehen, wie Männer, die sonst wissenschaftlich gebildet sind, über heutiges Griechisch schreiben, ohne es zu kennen, sie schreiben, im Gegensatz zu allen wissenschaftlichen Grundsätzen, allein nach Hörensagen.

Zu welchen Absurditäten die Tatsache geführt, dass Männer, die nur einen Teil des Griechischen kennen, Neubildungen mit Hülfe ihres sprachlichen Stückwerks geprägt, ersehen wir aus der ärztlichen Kunstsprache.

Die Griechen selbst sind sehr taktvoll, sehr vorsichtig und überaus streng, ehe sie eine Neubildung, welche die Anforderung der Zeit erheischen mag, in ihre regelmässige Sprache aufnehmen. Wie wird ihr Sprachgefühl aber beleidigt, wenn sie in der ausländischen Literatur Barbarismen erblicken, die von Aerzten erfunden und eingeführt, die gar nicht griechisch denken können.

Von allem Schönen dieser Welt ist die heutige griechische Sprache das schönste, sie ist im wesentlichen dieselbe, die sie vor zweitausend Jahren war. Männer der Wissenschaft in der ganzen gebildeten Welt schulden den Griechen Dank, dass sie ihre Sprache in all ihrer Reinheit frei von fremden Elementen erhalten haben. Wenn eine allgemeine Sprache für Gelehrte eingeführt werden soll, ist es nur die griechische, die in Betracht kommen kann.

Dank der Erhaltung der reinen griechischen Sprache können wir eine wissenschaftliche und also vollkommene Onomatologie haben, wenn wir nur unsere griechischen Zeitgenossen und ihre Literatur zu Rate ziehen wollen. Ueber die Notwendigkeit der Reform unserer Kunstsprache kann unter Männern der Wissenschaft nur eine Meinung sein. Alles, was über diesen Gegenstand zu

sagen ist, finden wir in den schönen Worten Lavoisier's ausgedrückt:

Die Onomatologie liefert die wahren Werkzeuge für die Arbeiten des Geistes; es ist von Wichtigkeit, dass diese Werkzeuge der besten Art seien, und es ist in der Tat Arbeit im Interesse der Wissenschaft, für den Fortschritt der Wissenschaft, wenn wir uns bemühen, unsere Onomatologie zu verbessern. Bezugnehmend auf die Art, wie wir im Allgemeinen unsere Kenntnisse erwerben, macht er auf die Wichtigkeit einer vollkommenen Onomatologie für diejenigen aufmerksam, welche beginnen, sich dem Studium der Wissenschaft zu widmen. Die Logik der Wissenschaft hängt wesentlich mit wissenschaftlicher Sprache zusammen. Wissenschaft kann nicht etwas lehren, was anerkannt unwissenschaftlich und falsch ist. In der Wissenschaft haben wir drei Dinge zu unterscheiden. Die Reihe von Tatsachen, auf welche die Wissenschaft sich stützt, die Ideen, welche die Tatsachen verwerten, und die Worte, die Ideen auszudrücken. Das Wort hat die Idee zu entwickeln, die Idee hat die Tatsache zu umfassen, dieses sind drei Eindrücke mit demselben Siegel. Da die Worte die Ideen festhalten und sie überliefern, so ist keine Vollkommenheit in der Wissenschaft möglich ohne Vollkommenheit in der Sprache. Wie wahr die Tatsachen auch sein mögen, wie richtig die durch die Tatsachen entwickelten Ideen, es werden nur falsche Eindrücke überliefert, so lang die Ausdrücke, durch die sie überliefert werden, nicht genau sind.

Die Befürchtung, dass eine Reform in der Onomatologie unbequem, kann vom wissenschaftlichen Standpunkt nicht berücksichtigt werden. Ausserdem ist übrigens eine Störung nicht zu befürchten. Wissenschaftliche Onomatologie wird mit viel Verwirrung und Streit, der in Folge unpassender Namen besteht, aufräumen.

Alle ernsten Männer, besonders Autoren, werden die richtigen Bezeichnungen und deren Erklärung wünschen, und, wer den richtigen griechischen Namen kennt, wird es mehr und mehr unerträglich finden, einen wissenschaftlichen Begriff mit einem griechischartig klingendem Wortungeheuer zu benennen.

Nochmals Dr. H. Boeker und seine Mixtura salina composita antiautotoxica.

In der Novembernummer unterzogen wir Dr. H. Boeker's vermeintliche Entdeckung einer durchaus sachlich gehaltenen Kritik und glauben dabei gezeigt zu haben, dass diese Entdeckung durchaus nichts neues ist, dass ferner das Boeker'sche Mittel auch nicht im entferntesten das Wundermittel ist, als welches es von seinem sogen. Erfinder aller Welt angepriesen wird. Diese Kritik nun veranlasste Dr. Boeker uns eine Erwiderung zur Veröffentlichung zuzuschicken, welche mit nachstehendem unverkürzt und wortwörtlich zum Abdruck gelangen soll. Wir verzichten darauf, uns gegen die darin enthaltenen persönlichen Angriffe und Vorwürfe, wie Unkollegialität, Parteilichkeit, Ueberhebung und Geringschätzung, Unwissenheit, mangelndes Verständnis u. s. w. zu verteidigen, da wir nach Durchsicht dieser „Erwiderung" zur Ueberzeugung gelangt sind, dass wir Dr. Boeker ebenso wenig ernst nehmen dürfen, wie wir zuvor seine Entdeckung ernst genommen hatten. Jeder Kommentar zu dieser Erwiderung würde überdies die Wirkung derselben nur abschwächen. Wir haben uns daher nur erlaubt, einige Stellen durch besonderen Druck hervorzuheben, die bei dem langatmigen Schriftstück sonst vielleicht übersehen werden könnten.

Erwiederung zur Kritik des Boeker'schen Vortrages und der darin erwähnten Mixt. salin. co. antiautoxic. (Anti-Auto-Tox.)

In der letztjährigen Novembernummer der Deutschen Medizinischen Mo-

natsschrift sieht sich der Herausgeber derselben unter „Editorielles" veranlasst, an meinem im letzten Juni gehaltenen Vortrage über gastro-intestinale Autointoxikationen und deren Kausalnexus zu anderen Krankheiten sowie der bei jener Gelegenheit erwähnten Mixt. salin. co. antiautoxic. in einem vier Seiten langen Artikel (ausnahmsweise) Kritik zu üben, und sehe ich mich nun gezwungen, ihm im nachfolgenden meine Antwort darauf zuzustellen.

Wie man's in den Wald hineinruft, so tönts auch wieder heraus, — und so wird sich der Herr Kritiker wohl nicht wundern können, wenn er während dieses langgezogenen Echos stellenweise dieselben Tonschwingungen wahrnimmt, mit denen er mich vor den Augen der Leser der Zeitschrift angerufen hat.

Um den Herren Kollegen in meinem Verhalten begreiflich zu erscheinen, muss diese Replik notwendigerweise in der Form einer erläuternden Erzählung, wie auch eines ergänzenden Vortrags gehalten werden, und bitte ich daher im Voraus um Nachsicht, wenn dieselbe etwas lang ausfallen sollte.

Nach Angabe des Redakteurs sind demselben eine Anzahl Anfragen zugegangen, „einmal im Sinne des Vorwurfs, dass die Arbeit überhaupt angenommen und publiziert wurde, obwohl sie, neben anderen Mängeln, ganz offenbar für ein Geheimmittel Propaganda mache; dann aber auch solche, durch welche die genauere Zusammensetzung der Salzmixtur in Erfahrung gebracht werden sollte."

Wie ich nun am Eingange des in Rede stehenden Vortrags erwähnt habe, lag es ursprünglich in meiner Absicht, denselben erst in diesem Winter zu halten, weil es mir lieb gewesen wäre, erst noch mehr Material und Erfahrung über das Thema zu sammeln, indessen kam ich der Aufforderung des Präsidenten nach, schon im letzten Juni in der Angelegenheit zu sprechen, weil Anmeldungen zu anderweitigen Vorträgen für jene Versammlung ausgeblieben waren.

Dass sich hieraus gewisse Mängel an Vollständigkeit ergeben würden, habe ich vorausgesehen und auch am Anfange der Arbeit erwähnt, dass der Vortrag indessen nicht hätte veröffentlicht werden sollen, wie mehrere der Herren Fragesteller angedeutet, das wäre jedenfalls, zumal bei der grossen Allgemeinbedeutung des Themas und dem weitreichenden Interesse, welche dasselbe in vielen ärztlichen Kreisen erweckt hat, milde gesagt unduldsam und ungerecht gewesen.

Die Neuheit der Sache sowie die prächtigen Resultate, welche ich bis zur Verlesung jenes Vortrages durch die angeführte Behandlungsmethode erhalten hatte, verleiteten mich zu der Annahme, dass die Herren Kollegen ihr unparteiisch gegenüber treten und Versuche in derselben Richtung anstellen würden, so dass wir dann in diesem Winter Vergleiche ziehen könnten, wie dies ja auch in der Tat bei einer begrenzten Anzahl von Aerzten der Fall gewesen ist. Diesen Herren möchte ich bei dieser Gelegenheit für ihr unparteiisches, kollegialisches Verhalten meinen aufrichtigen Dank aussprechen.

Bei der grösseren Mehrzahl der Kollegen jedoch hatte ich nicht mit deren Argwohn und Vorurteilen gerechnet, wie mir diese späterhin offenbar wurden, und bin ich von ihnen seit jener Zeit, direkt oder indirekt, mit einer Quantität von Hohn und Misstrauen überschüttet worden, wie ich das früher nie für möglich gehalten haben würde.

Gar oft musste ich im Verlaufe der vergangenen 6 Monate an den letztjährigen Vortrag unseres hochgeschätzten Mitgliedes, Herrn Dr. A. Rose, über Misokainia in der Medizin denken, und gar manchesmal habe ich mich wie ein Semmelweiss gefühlt, indessen wird sich eine Wahrheit, und wenn sie anfangs noch so sehr belächelt und bespöttelt wird, schon ihren Weg bahnen, nur hoffe ich, dass mir bis dahin nicht ein ähnliches Schicksal beschieden wird, wie jenem, während seiner Lebenszeit so viel geschmähten Kollegen.

Der in Frage stehende Artikel der Monatsschrift atmet entschieden nicht den Geist aufrichtiger Kollegialität und Unparteilichkeit, wie ich es wohl von einem lange bekannten Mitgliede unserer Gesellschaft hätte erwarten dürfen, sondern denjenigen der Ueberhebung und Geringschätzung, zwei Eigenschaften, mit welchen leider so viele Aerzte bis auf die Knochen geschwängert sind.

Habe ich jemals während meiner 10-jährigen Mitgliedschaft und als mehrjähriger Beamter der Deutschen Medizinischen Gesellschaft etwas getan, was meine Wahrheitsliebe und Aufrichtigkeit in Frage stellen konnte? Wenn dem so ist, dann, bitte, heraus damit! Ich bin jederzeit bereit, Rede und Antwort zu stehen.

Wer aber ungerechtfertigter Weise meinen guten Namen antastet, der wird ausfinden, dass derselbe aus Stahl gegossen, und möchte ich dem Herrn Redakteur und jenen Herren, die mit ihm in dieselbe Kerbe schlagen, wohl zu bedenken geben, dass Tinte und Druckerschwärze ätzender wirken als Königswasser, wenn sie dazu verwendet werden, um einen reinen Namen zu verunzieren, und sie vorsichtiger sein sollten, so lange sie überhaupt das Herz auf dem rechten Flecke haben!

Wenn den Herren Kollegen vieles oder manches an meiner Sache unverständlich vorkam, so waren sie gewiss berechtigt, Aufklärung zu verlangen, doch hatten sie, so lange ich den Anforderungen des Code of Ethics genügt hatte, keinen triftigen Grund, mich unter den obwaltenden Umständen öffentlich als einen Menschen hinzustellen, der kein Vertrauen verdient und nicht ernst genommen werden kann.

Ich für meinen Teil hätte schon längst gerne die gewünschten Erklärungen abgegeben, ja ich brannte gerade vor Begierde, dies zu tun, obwohl dieselben heute noch nicht ganz spruchreif sind, doch bekam ich bis jetzt keine Gelegenheit dazu.

Wie sollte ich es anfangen? Mit einem weiteren Vortrage mich vordrängen, konnte ich nicht, denn es gibt noch über 360 Mitglieder in der Deutschen medizinischen Gesellschaft, von denen viele ihre Ideen zu Gehör bringen wollen: jedes Programm ist soweit in dieser Saison überfüllt, und insofern begrüsse ich denn diese Gelegenheit mit Freuden, meinen Standpunkt klarstellen zu können.

Ohne nun vor der Hand des näheren auf die Kritik selbst einzugehen (ich werde die einzelnen Punkte im Laufe dieser Abhandlung berühren), so muss ich die verehrten Leser auf mehrere in meinem Juni-Vortrage angeführten Angaben hinweisen und ihnen die Geschichte der Entstehung meiner Salzmixtur erzählen, um verständlich zu erscheinen.

Wie die Leser sich erinnern werden, war ich seit meiner Studienzeit in Deutschland niemals wieder ganz wohl gewesen; ich hatte selbst gelesen und gegrübelt, um der Ursache meines Leidens auf den Grund zu kommen, ohne auch je eine wirklich bleibende Besserung zu erreichen. Oftmals klang es höhnend durch meine Seele: Arzt, hilf dir selber! Jeder neue Gedanke, der in der medizinischen Literatur auftauchte, wurde, soweit er mein persönliches Befinden und Interesse anging, durchgedacht und eventuell daraufhin experimentiert, jedoch ohne Aussicht auf Lösung des Rätsels.

Nun war ich abonniert auf die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts, welche von E. von Leyden und F. Klemperer in Berlin herausgegeben wird, und da fand ich denn eines guten Tages eine Abhandlung über *„Die Autointoxikation und ihre Behandlung"* von H. Senator. Nach allem, was ich bis dahin über diesen Gegenstand gelesen, hatte nichts einen so tiefen Eindruck auf mich gemacht, wie jene Abhandlung, soweit mein eigener Zustand in Frage kam; nur durch sie schien mir eine Erklärung möglich, nur hier konnte der Schlüssel zu meinem Rätsel zu suchen sein. Ich legte mir dann schnell das Buch *„Lecons sur les Autointoxications en Maladie"* par Ch. Bouchard zu, auf welchen sich Senator des öfteren in jener Abhandlung bezieht, und so erhielt ich ein einigermassen klares Verständnis von der Selbstvergiftung.

Die Mittel, welche Bouchard in jenem Buche zur Bekämpfung derselben anführt, sind den Lesern alle bekannt, doch befindet sich kein einziges darunter, welches für seine Ausführungen beweiskräftig wäre. Senator erwähnt kurzer Hand Na_2SO_4 und $MgSO_4$, doch hat er selbst augenscheinlich, dem Wortlaute nach, nur eine unbestimmte Vorstellung von der Wirksamkeit dieser Salze.

Um der Sache nun nachzuforschen, soweit ich dies als allgemeiner Praktiker konnte, trank ich dann alle möglichen

Bitterwässer wie Hunyadi, Apenta, Friedrichshaller, Rubinat, Carizo, Carabana und wie sie noch alle heissen mögen, welche alle die Darmtätigkeit wohl anregten, aber von einem Besserwerden meines Zustandes war nichts zu bemerken. Da empfahl mir eines guten Tages ein Kollege ein Wasser, von dem ich noch nie etwas gehört; er behauptete, dass es weit besser sei als alle die übrigen und eine famose Wirkung ausübe; ihm sei es zuerst von einem Laien gerühmt worden.

Ich liess mir also davon kommen und zeigte dasselbe in der Tat einen Effekt, wie ich ihn noch von keinem Wasser und auch von keinem Medikamente je an mir wahrgenommen hatte; derselbe war einfach prächtig.

Was war es, das dieses Wasser so auszeichnete vor allen anderen? War es radiumhaltig? War dies die vielbesprochene Radioaktivität, von der man überall las und sprach? Oder waren es bis dahin unerkannte Eigenschaften seiner Bestandteile? Oder lag die Wirkung in dem Verhältnis der Salze zu einander?

Weshalb traf man die Wirkung nicht an in anderen Bitterwässern, welche die Salze in ähnlichen Mengen enthielten? Waren die Salze in diesem Wasser etwa chemisch reiner?

Ich setzte mich also mit dem Agenten in Verbindung und erkundigte mich des näheren über das Wasser. Er teilte mir dann mit, dass es schon seit ungefähr 8 Jahren aus Spanien importiert werde, dass manche Leute ungemein viel davon hielten, andere wieder nicht, dass der Verkauf indessen viel zu wünschen übrig lasse. Er habe schon alles mögliche versucht, die Aerzte dafür zu interessieren, doch schienen sie sich alle nicht recht darum zu kümmern, und würde er mir sehr dankbar sein, wenn ich die Eigentümlichkeiten des Wassers mal eingehend studieren wollte. Dies versprach ich ihm. Ich nahm das Wasser unter allen möglichen verschiedenen Umständen und die eigenartig belebende Wirkung blieb nie aus.

Ich verordnete es daraufhin auch bei meinen Patienten, und fast alle reagierten auf dasselbe in der gleichen oder ähnlichen Weise, doch nach einigen Wochen zeigte sich auf meiner Haut ein hämorrhagisch vesikulöser Ausschlag, und in wenigen auf einanderfolgenden Tagen sah ich 4 Patienten, welche ebenfalls Symptome einer hämorrhagischen Diathese aufwiesen; zwei von ihnen hatten ausgebreitete Purpura, einer schwammig blutendes Zahnfleisch und der andere ein ziemlich beträchtliches Nasenbluten. Die eine von den Patientinnen drohte mir mit einer Schadenersatzklage, weil ich sie vergiftet habe, wie sie meinte.

Ich ging also wieder zum Agenten und fragte ihn, ob ihm auch schon derartige unangenehme Wirkungen zu Ohren gekommen seien, was er bejahte. Er teilte mir bei der Gelegenheit mit, dass man ihm auch schon mit Schadenersatzklagen gedroht habe, und dass er überhaupt ziemlich entmutigt sei. Er habe so viele Scherereien mit der Quellenverwaltung, welche die Flaschen sehr nachlässig verpacken liesse, dass er oft Schaden erlitte, welchen sie ihm nicht ersetzen wollte; dann brächten ihm die Kunden manchmal die Flaschen zurück, weil der Inhalt derselben multrig schmecke von verfaulten Korken. Ueberhaupt scheine es ihm, dass ein Kobold sein Spiel mit dem Wasser treibe, und er denke sehr stark daran, die Agentur für das Wasser ganz aufzugeben. Er habe halb und halb die Absicht, nach Europa zu reisen und sich selbst eine andere Quelle zu kaufen. Vor der Hand indessen wollte er mal ein künstliches Wasser herstellen und sollte ich damit einstweilen meine Versuche fortsetzen. Er brachte mir dann nach einigen Tagen sein Kunstprodukt, doch erwies sich dasselbe als vollständig wertlos. Nachdem ich dann mit dem Herrn noch des längeren hin und her geredet, gewann ich die Ueberzeugung, dass er nicht das nötige Verständnis für die Sache hatte, um ein gleichwertiges oder besseres Kunstprodukt zu liefern.

Unter den obwaltenden Umständen brach ich also meine Beziehungen zu dem Manne ab und versuchte zunächst, den Leiter der Carl H. Schultz'schen Mineralwasseranstalt für die Sache zu interessieren, doch lehnte derselbe kurzer Hand ab, weil ihm die Geschichte zu umständlich sei.

So blieb mir denn nichts weiter übrig, als auf eigene Faust zu experimentieren.

Ich liess mir nun zunächst von meinem Apotheker Lösungen derjenigen Salze

herstellen, welche in jenem in Frage stehenden Wasser vorwiegend enthalten waren und zwar, wie er dieselben als chemisch rein in seiner Apotheke vorrätig hatte. Diese Lösungen nun, einzeln wie zusammen gemischt, waren gerade so unbrauchbar, wie das Kunstprodukt vom Agenten.

Ich beauftragte den Apotheker dann, frische Salze von den besten Firmen kommen zu lassen, und siehe da, jene eigenartige Wirkung des spanischen Wassers kam bei dem einen Quantum der Salze voll und ganz zum Ausdruck.

Ich fand nun, dass wenn ich eine verhältnismässig kleine Menge, ungefähr 10 ccm, von der K_2SO_4-Lösung in der im natürlichen Wasser enthaltenen Stärke zu mir nahm, nachdem ich am vorhergehenden Tage die Toxine und übrigen eliminierbaren Stoffwechselprodukte durch eine passende Dosis des natürlichen Wassers ausgeschieden hatte, sich jenes eigenartige, belebende Gefühl ganz schwach geltend machte, fügte ich dann aber bei einem anderen Versuche eine gleiche Menge der Na_2SO_4 hinzu, so traten jene Erscheinungen in wunderbar kräftiger Weise auf, herrlicher als je zuvor. Die Peristalsis des Darmes wurde durch diese kleinen Mengen nicht angeregt. *Im Verlaufe einer Stunde, besonders nach der Zusichnahme einer Mahlzeit, war der ganze Körper wie elektrisiert. Die Gesamtempfindung war mit derjenigen zu vergleichen, welche man bekommt nach dem Genusse einiger Gläser eines sehr guten alten Weines, jedoch nicht betäubend oder intoxicierend, sondern erfrischend und belebend. Das Sensorium wurde so glockenklar, wie ich es in meinem ganzen Leben nie zuvor empfunden. Das Gehör war schärfer, das Auge schien klarer zu sehen, das Herz pochte, als ob ich Alkohol oder Strychnin genommen, ich fühlte den Blutstrom wärmer als gewöhnlich durch die Arterien rinnen; die Respirationen waren tiefer und voller. Die gesamte Drüsentätigkeit war mächtig angeregt und jeder Muskel war im Tonus. Es lag ganz ausser Zweifel, dass sich hier eine Kraft, eine Wirkung geltend machte, von der ich nie gehört oder gelesen hatte.*

Fügte ich nun bei einem anderen Versuche auch noch die $MgSO_4$-Lösung hinzu, so wurden diese Erscheinungen abgeschwächt, dieselbe schien wie eine Bremse oder ein Hemmschuh zu wirken. Ich stand hier vor einem Rätsel. Was war dies? Eine Täuschung meinerseits war ausgeschlossen, denn bei einigen Patienten zeigten sich dieselben Reaktionen. War das Radioaktivität in verstärktem Masse? Ich musste es dafür halten. Doch da ich mich auf neuem, unsicherem Gebiete bewegte, liess ich die Sache vor der Hand auf sich bewenden und beobachtete weiter.

Da ich die 3 Salze nun einmal im natürlichen Wasser zusammen angetroffen und die Gesamtwirkung eine äusserst wohltuende war, so behielt ich das Verhältnis bei, obwohl ich bestimmt fühlte, dass der $MgSO_4$-Zusatz die Wirkung nicht erhöhte, indessen dachte ich: as long as you are doing well leave better alone.

Von der $MgSO_4$-Lösung allein glaube ich, besonders bei öfteren Gaben, eine gewisse Schwächeempfindung, ein Gefühl der Lahmheit, welches sich besonders in der Gegend des Plexus sacralis geltend macht,.wahrgenommen zu haben. Dieses Gefühl der Lahmheit war von sexueller Apathie, ja von vollständiger Impotenz begleitet.

Das Mengenverhältnis der Salze in der neuen Mixtur veränderte ich aus verschiedenen Gründen. Erstmal warnt Bouchard in seinen Abhandlungen vor den Kalisalzen im allgemeinen, welche er wiederholt als die giftigsten Substanzen im Körper mit bezeichnet. Ich verminderte somit die Menge des K_2SO_4 soweit, als ich dessen Wirkung noch wahrzunehmen glaubte bei den Experimenten, die Na_2SO_4 Menge hingegen vermehrte ich bis zur Sättigung der Lösung, während ich die $MgSO_4$ abrundend ziemlich unverändert liess. Auf diese Weise bekam ich eine Mischung, welche das natürliche Wasser an Wirksamkeit bei weitem übertraf in seiner belebenden, anregenden Wirkung und zwar schätzungsweise um das doppelte.

Nun kam es noch darauf an, die hässliche Beiwirkung des natürlichen Wassers, welche sich in Form der hämorrhagischen Diathese gezeigt hatte, aufzuheben, und will ich nun bei dieser Gelegenheit dem hochgelehrten Herrn Redak-

teur verraten, dass ich das $CaCl_2$ für diesen Zweck zufügte. Wenn Herr Dr. R. nichts über die Wirkung von $CaCl_2$ wusste, so hätte er doch wenigstens mal ein modernes Lehrbuch, wie z. B. das U. S. Dispensatory aufschlagen können, und da würde er dann gefunden haben, dass das Salz die Koagulabilität des Blutes erhöht und besonders bei Purpura, Haemophilie und anderen Blutungen angewendet wird. Die Einzelgabe wird daselbst von 0,30 bis 2,00 angegeben, doch habe ich experimentell gefunden, dass die hämorrhagischen Symptome durch die in meiner Formel angegebenen Mengen hinreichend im Schach gehalten werden; grössere Mengen würden das Präparat widerlich schmeckend machen. Seit dem Zusatz des $CaCl_2$ habe ich noch nie wieder etwas von den so unangenehmen Symptomen wahrgenommen.

NaCl, welches ja auch im natürlichen Wasser vorhanden, wurde hauptsächlich als Geschmackkorrigens zugesetzt. Die Gase sind dieselben wie im Naturprodukt, doch musste ich deren Menge reduzieren, weil bei wärmerer Temperatur zuweilen die Korke von den Flaschen sprangen.

Soweit schien mir nun das Problem gelöst, jedoch kamen noch einige andere Umstände mit in Betracht.

Die Patienten sagten mir, die Salzlösung schmecke ja gerade wie Bitterwasser, und da mehrere von ihnen halb und halb zu glauben schienen, dass irgend ein Bitterwasser dieselben Dienste tun würde, so versuchte ich, ihnen diese Idee zu nehmen, indem ich der Lösung organische Substanzen zusetzte, welche das Aussehen und den Geschmack veränderten. Dann war alles im schönsten Gange und ich hielt meinen Vortrag anfangs Juni.

Es dauerte indessen nicht lange und neue Unannehmlichkeiten traten in Erscheinung. Bei dem warmen Sommerwetter schienen sich die Salze nicht mit den organischen Substanzen zu vertragen, es traten Zersetzungen ein, welche das Gemisch dem Geruchs- und Geschmackssinne widerlich machten; ich musste die organischen Substanzen wieder fortlassen.

Dann kamen eines Tages mehrere Patienten zu mir, welche bis dahin von der Wirkung des Mittels entzückt gewesen, und machten mir Vorwürfe, weil die Flüssigkeit sie hundeelend gemacht hatte; sie hatten nach dem Genusse des Inhalts der letzterhaltenen Flasche Erbrechen, Schwindel, ja selbst Ohnmachtsanfälle gehabt. Ich erkundigte mich darauf beim Apotheker, was mit dem Präparate los sei. Er versicherte mich, dass es genau so zubereitet sei wie früher, nur habe er am Tage zuvor frische Salze beziehen müssen, weil das letzterhaltene Quantum aufgebraucht gewesen sei. Er hatte dieselben von einem best bekannten Gross-Hause bekommen wie beim vorhergehenden Male, und fragte er dann telephonisch an, ob die Salze auch wirklich chemisch rein seien. Die Firma antwortete bejahend, schickte indes ein frisches Quantum, doch ergab auch dieses eine ungeniessbare Lösung. Daraufhin wandte sich der Apotheker an andere Grosshäuser, aber immer mit demselben Resultat, bis er endlich in einem derselben Salze erhielt, welche mit den erst verbrauchten identisch waren in ihrer Wirkung. Dann erst schienen die unangenehmen Ueberraschungen ihr Ende erreicht zu haben.

Kann es einen der Leser nun Wunder nehmen, dass ich mit der Veröffentlichung der Formel zurückhielt? Jeder einzelne Rückschlag hätte doch das Präparat sofort in Misskredit gebracht, und somit war ich gezwungen, meinen Apotheker, der alle diese Phasen mit durchgemacht hatte und der einzige war, welcher die nötige Erfahrung bei der Herstellung des Mittels gesammelt hatte, einstweilen als alleinigen Hersteller zu belassen.

Kurze Zeit darauf kam der Importeur des natürlichen Wassers zu mir und teilte mir mit, dass er einen neuen Kontrakt mit der Quellenverwaltung in Europa abgeschlossen habe und forderte mich auf, für das Wasser Propaganda zu machen (er wollte nichts für umsonst getan haben), doch lehnte ich die Offerte nach all meinen Erfahrungen ab.

Dem Präparat aber, welches in der Zwischenzeit das Aussehen einer Mixtur wieder verloren hatte und auch kein gewöhnliches Bitterwasser mehr war, gab ich dann den abgekürzten Namen „Anti-

Auto-Tox", unter welchem es nun das Bürgerrecht erworben hat.

Im Laufe der letzten Monate habe ich übrigens auch zwei amerikanische Wässer kennen gelernt, welche die eigenartige Wirkung jenes spanischen Wassers, in allerdings etwas geringerem Grade, aufweisen.

Und nun will ich auch erklären, wie das Referat meines Vortrages in die New Yorker Staats-Zeitung gekommen ist. Mehrere meiner Patienten, welche die schon öfters erwähnten auffallenden Wirkungen des Anti-Auto-Tox an sich wahrgenommen hatten, waren so begeistert von der Sache, dass sie mich wiederholt ersuchten, eine gemeinverständliche Abhandlung über meine Ideen und Behandlungsweise in Bezug auf Krankheiten in der Zeitung zu veröffentlichen, da die Sache doch von so grosser Allgemeinbedeutung sei. Man lese doch öfters derartige Erörterungen medizinischer Fragen im Sonntagsblatte. Anfänglich lehnte ich dies Ansinnen mit dem Hinweise ab, dass dies einer Reklame gleichkommen würde, doch wussten die Herren mein Bedenken dadurch zu beseitigen, dass ich ja pseudonym schreiben könne. Ich sandte daraufhin einen Nachdruck meines Vortrags mit einem Begleitschreiben an das Blatt ab, in welchem ich anfragte, ob es eine derartige Abhandlung für wünschenswert erachte. Nach wenigen Tagen ging mir eine verneinende Antwort zu, und für mich war die Sache damit erledigt.

Ich dachte schon gar nicht mehr an dies Vorkommnis, bis ich eines schönen Sonntags zu meiner Ueberraschung das Referat unter Bücher und Zeitschriften vorfand. Ich hatte die Broschüre nicht zu dem Zwecke eingeschickt, hatte es vielleicht jemand anders getan? Eine Reklame für mich war es indessen nicht, denn nur einige auswärtige Aerzte und die Tochter eines verstorbenen Kollegen, die ich in der Zwischenzeit unentgeltlich behandelt hatte, reagirten darauf, indem sie mich um Nachdrücke ersuchten.

Von den Aerzten habe ich seitdem nichts gesehen und gehört, aber späterhin kam noch ein Herr zu mir, der sagte, dass er durch die Zeitung auf mich aufmerksam geworden sei.

Dass der Herausgeber der Monatsschrift gegen das Ende seiner Kritik anführt „es dürfte auch für mich vielleicht von Interesse sein, zu erfahren, dass eine Firma Dusal schon unter dem Namen Sal eliminant ein Salz in den Markt gebracht habe, von welchem sie dieselbe Wirkung zu erhalten behaupte, wie ich von meiner Salzmixtur" und darauf dessen Zusammensetzung beifügt, das sieht mir von meinem Standpunkte wirklich höchst naiv aus.

Dr. R. scheint anzunehmen, dass ich die ganzen Jahre meines Halbkrankseins einem Rip van Winkle gleich im Schlafe gelegen, anstatt, wie es in der Tat der Fall gewesen, auf dem medizinisch-pharmakologischen Gebiete stets auf dem Qui vive gestanden. Ich habe die Evolution derartiger Präparate seit langen Jahren durch mein persönliches, brennendes Interesse verfolgt. Ich habe nicht allein Sal eliminant, sondern auch Alkalithia, Thialion, Sal hepatica, Melachol, Biogen, alle die Lithium-Präparate und, was sonst noch aufgetischt wurde, durchgekostet und habe nicht ein Mittel unter ihnen gefunden "that would fill the bill." Sie alle sind auf derselben Grundidee zusammengestellt, sie alle schlagen nach derselben Richtung, doch kein einziges von ihnen trifft das Ziel. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auf die Ausführungen eines Arztes in Ambler, Pa., hinweisen (ich erinnere mich seines Namens jetzt gerade nicht), welcher die Literatur für Alkalithia schreibt; der Mann hat entschieden gesunde Ideen über die Selbstvergiftung, aber das Mittel, welches er vertritt, ist nichts besser als alle die anderen.

Und woher kommt es, dass alle diese Ideen zu keinem Resultate geführt haben? Weil ein Geheimnis vorwaltete, welches der medizinischen Welt bis vor kurzem unbekannt war; die Existenz desselben habe ich während der langen Reihe von Jahren meiner Leiden und Enttäuschungen instinktiv geahnt, doch ist mir erst während des letzten Jahres etwas Aufklärung darüber zu Teil geworden; ich werde späterhin darauf zurückkommen.

Die effervesz ierenden Trockenmischungen der Sulfate werden sich nie als erfolgreich erweisen meiner Ueberzeugung nach, denn selbst wenn die Salze, welche zu ihrer Zubereitung verwendet wurden, ursprünglich auch absolut chemisch rein

gewesen sind, so werden dieselben durch die Gegenwart der organischen Säuren (Citronen- oder Weinsäure) zersetzt und verlieren damit ihre eigenartige Wirkung. Dann aber werden die Sulfate auch nicht in der richtigen Proportion gegeben und drittens sind die Phosphate und die Lithiumsalze gar nicht am Platze. Der Ruf der letzteren ist meiner Erfahrung nach ein fast ganz unverdienter, da ich nie wirklich gute Resultate von ihnen gesehen habe.

Dass sich der Verfasser der geistreichen Kritik an einer anderen Stelle in einer recht despektierlich-abfälligen Weise über einige Angaben aus meinem Juni-Vortrage bezüglich der Resultate meiner neuen Behandlungsmethode sowie über die Liste der Krankheiten, die von derselben heilend beeinflusst wurden, lustig macht, so verrät er dadurch nur, dass er keine Ahnung davon hat, wie einem Menschen zu Mute ist, der nach 26-jährigen Leiden und Enttäuschungen endlich das Mittel gefunden hat, vermittels dessen er sich selbst und vielen seiner Mitmenschen helfen kann. Ich hätte vor Freude weinen können, ich hätte die ganze Welt umarmen können! Das hat ja nun allerdings nichts mit dieser Replik zu tun, aber ich darf dies ja wohl als erklärend mit anführen.

Ausserdem beweist der Herr Kritikus aber auch, dass er das wahre Wesen der Bouchard'schen Lehren noch nicht erfasst hat, denn wenn es wahr ist, dass die meisten oder sehr viele Krankheiten der Menschheit durch Selbstvergiftung hervorgerufen werden, so müssen auch alle jene Krankheitszustände günstig beeinflusst werden durch das Mittel, welches die Autointoxikation in wirksamer Weise bekämpft, und das hatte ich zur Zeit meines Vortrages zur Genüge erfahren. Und wenn der grosse Bouchard in Paris zu diesem Ende eine Liste veröffentlicht, in welcher er alle jene Krankheitszustände aufzählt, welche er, seinen Forschungen gemäss, auf Selbstvergiftung zurückführen konnte, so kann der kleine Boeker in New York wohl auch eine Liste derjenigen Krankheiten anführen, welche er mit seinem Mittel grösstenteils erfolgreich behandelt hat, ohne dem Fluche der Lächerlichkeit zu verfallen.

Die damals veröffentlichte Liste ist in der Zwischenzeit schon länger geworden, und betrachte ich dieselbe durchaus noch nicht als abgeschlossen. Wie weit sich die Wirksamkeit des Mittels erstreckt, muss noch durch exakte Forschung festgestellt werden.

Dass Herr Dr. Ripperger meinem Vortrage überhaupt ein recht mangelhaftes Verständnis entgegengebracht hat, zeigt sich klar und deutlich durch den Anteil, den er in der Diskussion genommen, und welcher an einer anderen Stelle in demselben Hefte wiedergegeben ist. Er sagt da unter anderem, dass er und seine Patienten sich bedanken würden für ein Mittel, welches ihnen den physiologischen Schlaf raube. Wenn er je geglaubt hat, dass ich die Mixtur für diesen Zweck gegeben, so ist das bedauerlich, ich habe jene Wirkung nur erwähnt, weil ich sie experimentell wahrgenommen und auf das aussergewöhnliche des Mittels hinweisen wollte.*)

*) Anm. der Redaktion: Herr Dr. B. sagte in seinem Vortrage wortwörtlich: „Nachdem ich diese Mixtur ungefähr 2 Wochen lang regelmässig genommen hatte und der Geschmack des Ausgelaugtseins anzeigte, dass die Toxine aus meinem Körper entfernt waren, ereignete es sich zum ersten Male in 26 Jahren, dass ich nachts nicht schlafen konnte, *ich fühlte mich so frisch und angeregt, dass ich aufstehen und arbeiten musste*, bis sich gegen 5 Uhr morgens das Schlafbedürfniss wieder einstellte. Genau denselben Vorgang haben mir mehrere Patienten während ihrer Behandlung geschildert, so dass sie zeitweilig gezwungen waren, die Medizin auszusetzen."

Der Sitzungsbericht der Deutschen med. Gesellschaft weist folgende Stelle auf: „Dr. A. Ripperger: . . . . Was mir aber aufgefallen ist, ist die Bemerkung von Dr. Boeker, dass er als besonderen Vorzug seines Mittels empfindet, dass diejenigen, die davon Gebrauch machen, das Schlafbedürfnis verlieren, dass er selbst und mehrere Patienten, wie er sagt, durch die Medizin so frisch und angeregt wurden, dass sie nachts nicht schlafen konnten, vielmehr aufstehen und arbeiten mussten, bis sich erst gegen 5 Uhr morgens das Schlafbedürfnis wieder einstellte. Ich muss sagen, dass dies eine etwas mehr wie eigentümliche Auffassung von der erfrischenden Wirkung eines Medikamentes ist. Ich selbst würde mich für eine solche Wirkung schönstens bedanken und ebenso meine Patienten, denen ich auf diese Weise den physiologischen Schlaf rauben wollte. . . ."

Und nun erlauben Sie mir gefälligst meine Ansichten über das Geheimmittelunwesen und meine Stellungnahme zu demselben klar zu legen.

Hat sich wohl jemals einer der Herren Aerzte die Frage vorgelegt, worin die Ursache liegt, dass es so viele Nostra gibt und wie dieselben jahrein jahraus auf den Markt kommen und verschwinden? Nun, der wahre Grund liegt in der Unvollständigkeit des medizinischen Wissens. Gäbe es nur Aerzte und Mittel, mit denen jede Krankheit bekämpft werden könnte, so gäbe es eben keine Geheimmittel. Da aber beide den an sie gestellten Forderungen nicht immer genügen, so muss man sich nicht wundern, wenn ein Teil der Leidenden sich an Schäfer und sogenannte christliche Wissenschaftler wenden, während ein anderer Teil sein Heil in der Patentmedizin sucht, und dass der Patentmedizinfabrikant bei diesem hochchronischen Dilemma seine Rechnung findet, muss man ebenfalls erklärlich finden.

Ich erinnere die geehrten Leser bei dieser Gelegenheit an den höchst interessanten, sorgfältig ausgearbeiteten Vortrag unseres Altmeisters und Ehrenmitgliedes, Prof. Dr. A. Jacobi, über cerebrospinale Meningitis und deren Behandlung. Der Vortragende zeigte in jener Abhandlung ganz klar und offen, wie ohnmächtig die medizinische Wissenschaft jener Krankheit noch gegenüber steht, und ähnlich, wie bei dieser Krankheit, steht es auch noch bei vielen anderen. Die Gesundheit suchenden Leidenden gehen von einem Arzte zum anderen, und wenn sie nirgends Hülfe finden, so versuchen sie es mit Patentmedizinen und anderen Mitteln. Je mehr nun von jenen verkauft werden, desto grösser ist die indirekte Anklage gegen die medizinische Wissenschaft.

Ich war mir daher seit Jahren bewusst, dass in der inneren Medizin ein bedeutendes, unerkanntes Prinzip vorwalten müsse, welches trotz allen emsigen Denkens und Forschens noch nicht festgestellt sei, und schienen mir die Bouchard'*schen Anschauungen die einzig richtigen zu sein, um eine vernünftige Erklärung für die verschiedenen Krankheitsphänomene zuzulassen, mit denen ich täglich in Berührung kam. Nur das Mittel fehlte jenem grossen, unermüdlichen Forscher um seine Ideen beweisen zu können; hätte er auch dieses gehabt, so würden seine Lehren mit fliegenden Fahnen von der ganzen medizinischen Welt angenommen worden sein.*

Es liegt durchaus nicht in meiner Absicht, für das Geheimmittelunwesen eine Lanze zu brechen, ich habe dasselbe im Gegenteil stets nach besten Kräften bekämpft. Ich bin niemals Arzt geworden, um aus Geheimmitteln Geld zu machen, sondern ich studierte Medizin, um mir womöglich selbst zu helfen und meinen Mitmenschen auch, und ich habe stets eine gute Gesundheit und einen guten Namen höher geschätzt als alle Reichtümer der Welt, und wenn ich in meinem Berufe auch nicht immer erfolgreich gewesen bin, so habe ich doch stets mein bestes versucht und bin dabei aufrichtig geblieben. Es gibt in meinen Augen keine edlere Tätigkeit als diejenige eines Arztes, so lange sie redlich geübt wird, jedoch gibt derjenige ein widerliches Zerrbild meines Ideales, der sich durch persönliche Erfolge verblenden lässt, sich als ein höheres Wesen betrachtet und im Grunde genommen nicht mehr leistet als sein nächster Zunftgenosse.

Um indessen wieder auf den Gang der Ereignisse zurückzukommen, so habe ich oben erwähnt, dass alle Schwierigkeiten bezüglich des Präparats überwunden waren. Jedoch, wenn ich auch täglich die schönen Wirkungen desselben in meiner Praxis wahrnehme, so wusste ich doch gut genug, dass eine Schwalbe keinen Sommer macht. Erst wenn ich meine Erfahrungen von anderen Kollegen bestätigt finden würde, konnte ich sicher sein mich auf dem richtigen Wege zu befinden.

Ich empfing verschiedene Zuschriften aus dem Westen und aus mehreren Gauen der alten Heimat von Kollegen, welche Interesse für meinen Standpunkt bekundeten; auch hier in der Stadt gab es deren mehrere. Einer nach dem anderen fing an, mit dem Präparate zu arbeiten und mehrere von ihnen berichteten mir über gute Resultate.

Unter anderen brachte ich durch meinen Apotheker in Erfahrung, dass ein Kollege von ihm in Chicago von den auswärtigen Häusern am meisten von dem

Präparat bezog, und da ich nun annahm, dass Herr Dr. Gustav Schirmer daselbst das neue Mittel verbrauche, weil derselbe mit mir über den Gegenstand zuvor korrespondiert hatte, so wandte ich mich nach einiger Zeit mit der Bitte an ihn, mir sein offenes, unparteiisches Urteil über das Präparat zuzuschicken, was er bereitwilligst tat; dasselbe lautete:

Ihr Präparat ist für die Menschheit von grösserer Bedeutung als das Diphtherie-Antitoxin. Ich werde Ihnen die Kasuistik besorgen.

Dr. G. Schirmer.

Ich bemerke, dass ich Herrn Dr. Schirmer nie gesehen habe, dass er mir aber aus der Monatsschrift sehr wohlbekannt war durch seine fortschrittlichen, ernsten Arbeiten, die ich dort von Zeit zu Zeit veröffentlicht antraf. Kürzlich brachte ich dann noch in Erfahrung, dass der Herr zum Präsidenten der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von Chicago erwählt worden ist.

Also ausser den Herren hier, hatte auch ein Kollege, der nicht unter den lokalen New Yorker Einflüssen stand, gesehen und erfahren, was ich erfahren hatte, und ich war fest überzeugt, dass auch die anderen Aerzte über kurz oder lang zu derselben Ueberzeugung kommen würden.

Inzwischen wurde ich in einer Vorstandssitzung unserer Gesellschaft gezwungen, die Formel frei zu geben, obwohl ich das Präparat noch für verbesserungsfähig hielt. Wäre mein Name Behring gewesen, so hätte man sich wahrscheinlich etwas länger geduldet. Ich experimentierte und grübelte weiter, doch blieb mir die Wirkung des Mittels selber immer noch rätselhaft.

Da ereignete sich etwas, was mehr Licht über meine Erfahrungen verbreitete. Dr. S. J. Meltzer und Dr. J. Auer hielten im Dezember einen Vortrag in der Academy of Medicine, bei welchem ich leider nicht zugegen war, den ich jedoch kurz darauf im Auszuge in einem medizinischen Journale las.

Dr. Meltzer konstatierte in jenem Vortrage, dass es ihm experimentell gelungen sei, nachzuweisen, dass die Mg-Salze im tierischen Organismus unter gewissen Umständen bisher nicht bekannte, inhibitorische und anästhetische Eigenschaften entwickeln, während die K-, Na- und Ca-Salze eine ebenfalls vorher niemals bekannte stimulierende Wirkung auf die Nerven und Muskeln ausüben. Es ist den beiden Herren bekanntlich gelungen, vermittels intraspinaler Einspritzungen von $MgSO_4$-Lösung Anästhesie zu erzeugen.

Nun wurde mir klar, dass die eigenartige, belebende Wirkung meines Präparates nicht auf die sogenannte Radioaktivität zurückzuführen war, wie ich das früher annahm, sondern den neuerkannten von Dr. Meltzer beschriebenen Eigenschaften der K- und Na-Salze zuzuschreiben ist, welche gerade im Anti-Auto-Tox in der sich dort vorfindenden Proportion derselben zu einander zum Ausdrucke gelangen.

Diese oftmals geradezu wunderbare Wirkung erstreckt sich indessen nicht allein auf das Nerven- und Muskelsystem, sondern vor allen Dingen auch auf das Drüsensystem, denn nur durch die letzten kann ich mir erklären, wie die Toxine und Stoffwechselschlacken so energisch aus dem Organismus ausgeschieden werden. Die Sulfate wirken in der gelösten Salzmischung also nicht nur neutralisierend und eliminierend, sondern auch gleichzeitig in mächtiger Weise tonisierend, und nur so ist das Gefühl des Wohlbehagens zu erklären, von welchem fast alle Patienten reden, nachdem sie das Präparat eine Zeit lang genommen haben.

Dass, ausser den Sulfaten, auch andere Verbindungen der angeführten Salze dieselben oder ähnliche Wirkungen hervorbringen können, möchte ich bezweifeln, denn meine dahin gerichteten Versuche mit Chloriden, Nitraten, Phosphaten und Permanganaten sind soweit negativ ausgefallen.

Es liegt mir fern, behaupten zu wollen, dass meine modifizierte Salzmixtur in ihrer jetzigen Zusammensetzung schon den Gipfel der Vollkommenheit erreicht habe, das müsste erst durch weitere exaktere Experimente festgestellt werden, als ich dieselben als allgemeiner Praktiker anstellen kann. Ich bin daher gerne bereit, meine Erfahrungen einem aufrichtigen, ernsten Forscher, wie Herrn Dr.

Meltzer, oder einer zu dem Zwecke zu ernennenden Kommission zur Verfügung zu stellen.

Manche der geehrten Leser mögen mir noch vorhalten, dass ich nicht imstande gewesen sei, alle Fälle, die ich behandelt, zu heilen. Das ist nun allerdings wahr; ich habe mehrere Patienten gehabt, bei denen ich gute Resultate erwartete und nicht bekam, so z. B. bei 3 Leuten, welche früher typhöses Fieber durchgemacht hatten. Ob bei ihnen der Drüsenapparat des Verdauungskanals derartig verändert ist, dass die Salze eine ungünstige Wirkung hervorbringen, oder ob irgend welche andere Ursachen vorliegen, ist mir noch unerklärlich. Indessen muss man bedenken, dass das Mittel noch neu ist und dass es erst mancher Erfahrung und Uebung bedarf, um seine Tragweite auszufinden. Jedenfalls habe ich mit dem Medikament nie Schaden angerichtet, denn dazu sind die Bestandteile, wie ein jeder weiss, zu harmlos.

Um nun die Tragweite des Mittels näher feststellen zu können, habe ich mich an einige Spezialärzte gewandt und dieselben gebeten, damit Versuche anzustellen.

Ich habe beispielsweise in einigen Fällen *eine entschiedene Beeinflussung der Lungentuberkulose* beobachtet und daraufhin die Herren Dr. G. Mannheimer und Dr. A. Knopf gebeten, eine Anzahl ihrer Pflegebefohlenen systematisch mit Anti-Auto-Tox zu behandeln, zumal ja auch Bouchard die Tuberkulose auf Autointoxikation zurückführt, jedoch haben die Herren der Angelegenheit soweit nicht das erforderliche Interesse entgegen gebracht. Meines Erachtens ist das Bouchard'sche Prinzip logisch und erhaben genug, um ihm seine volle Aufmerksamkeit zu widmen, zumal man dem Patienten mit dem Mittel keinen Nachteil zufügen kann.

Seitdem Herr Dr. Meltzer das Resultat seiner Experimente bekannt gegeben, habe ich nun in mehreren Fällen, in denen es mir angezeigt erschien, die tonisierende Wirkung des Mittels zu heben und die abführende abzuschwächen, das $MgSO_4$ aus der Lösung fortgelassen und diese Modification als A No. 1 bezeichnet, und glaube ich in der Tat meinen Zweck erreicht zu haben. Ich habe in diesen Fällen nur einmalige Dosen von 10 bis 15 ccm morgens gleich nach dem Aufstehen verabreicht. Ob sich im Laufe der Zeit noch weitere Veränderungen bei manchen Fällen als ratsam erweisen werden, das muss, wie gesagt, eine exaktere Forschung feststellen.

Was nun den Wert des Anti-Auto-Tox anbelangt im Vergleich zum natürlichen Wasser, so ist derselbe therapeutisch ein viel höherer, weil der Salzgehalt proportionell verbessert und seine Konzentration so hoch ist als nur möglich. Fernerhin ist zu bedenken, dass das Präparat stets seine gleichmässige, genaue Zusammensetzung aufweisen wird, durch welche dasselbe bis zu einem gewissen Grade auf einer wissenschaftlichen Grundlage gehalten wird und nicht mehr empirisch und schwankend ist wie vordem. Ausserdem braucht man auch nicht die unangenehmen Wirkungen bei seiner Anwendung zu befürchten, da seit dem $CaCl_2$-Zusatz keine hämorrhagischen Erscheinungen mehr vorgekommen sind.

Das neue Mittel wird meiner festen Ueberzeugung nach die wertvollste Waffe abgeben im Armamentarium des Arztes im Kampfe gegen die Krankheiten.

Um nun den Herren Lesern noch mein Verhältnis klar zu stellen zu der Herstellung und dem Verkaufe des Mittels, so möchte ich noch konstatieren, dass ich damit nichts zu tun habe. Ich habe weder aus der Fabrikation noch aus dem Verschleisse des Mittels auch nur den allergeringsten pekuniären Vorteil gezogen, sondern im Gegenteil eine ganz nette Summe aus eigenen Mitteln für die Experimente, sowie für die Proben an die Kollegen für Versuchszwecke verausgabt.

Der Apotheker Hart, den ich seit 10 Jahren als einen höchst ehren- und gewissenhaften Mann kenne, hat nun seit einem Monate eine Kompagnie gebildet, weil ihm allein die Arbeit über dem Kopfe weggewachsen war, und das wird man ihm, als Geschäftsmann, ja wohl

nicht verargen können.*) Desgleichen kann ich nur Lobenswertes sagen über Herrn F. Korndoerfer, den ja manche von den Lesern kennen, und welcher den Vertrieb des Mittels übernommen hat.

Nachdem ich somit den Herren Kollegen über alles berichtet habe, was ich über meinen Standpunkt in dieser Kontroverse überhaupt anführen kann, so hoffe ich, dieselben überzeugt zu haben, dass ich in meinem Handeln nie den Boden der Ethik verlassen habe; sollte mir aber der eine oder der andere dennoch gram sein, so ersuche ich ihn, einige Flaschen Antiautotox zu gebrauchen, entweder an sich oder in der Praxis, und ich bin überzeugt, dass er eine bessere Meinung von mir erhalten wird.

Es könnte mir auch noch vorgehalten werden, dass ich in meinen Abhandlungen viel zu subjektiv geschrieben habe, und dass dieselben kein klares, objektives Urteil zuliessen, indessen brachten die Umstände dies nun einmal so mit sich, und kann ich auf anderer Seite auch wieder Autoritäten anführen, welche den Satz aufgestellt haben, dass ein Arzt erst dann das innerste Wesen einer Krankheit erfasst, wenn er sie an seinem eigenen Körper erfahre. Ich selbst aber bin nun unendlich froh nach langen Jahren der Leiden und Enttäuschungen das Mittel gefunden zu haben, durch welches ich meine eigene Gesundheit wieder gewonnen und *welches, wie ich aufrichtig glaube und hoffe, der gesamten leidenden Menschheit zum Segen gereichen wird.*

Nicht lange zurück feierte die ganze zivilisierte Welt den hundertjährigen Todestags eines Mannes, der sich in seiner Jugend das Studium der Medizin zum Lebensberufe erkoren. Nicht lange behagte ihm das Arbeitsfeld wegen der vielen Enttäuschungen, die er erfuhr, er hängte den Rock eines Regimentsfeldschers an den Nagel und widmete sich der Muse, durch welche er noch in uns allen weiterlebt. Von den vielen Geistesperlen, welche er uns hinterlassen, sind viele zu geflügelten Worten geworden. Das eine lautet: *„Das Alte stürzt, es ändert sich die Zeit, und neues Leben blüht aus den Ruinen."*

Nun ich glaube, dass die Zeit gekommen ist, in welcher dies Zitat auch bei der Innern Medizin angewandt werden kann. Die Lehre von der Selbstvergiftung als Ursache der meisten Krankheiten hat ihre volle Berechtigung, die Beweise dafür wachsen täglich an Zahl, seitdem das diesem Zwecke dienende Mittel entdeckt ist — und ich glaube bereits das Heranrauschen einer neuen, einer besseren Aera wahrzunehmen.

Herrmann Boeker.

*) Wir verargen dem Herrn Apotheker auch nicht das geringste, wohl aber Herrn Dr. Boeker, dass er diesen Wohltätern der Menschheit, welche die Anti-Auto-Tox Company bilden, seinen Namen geliehen hat, dass er selbst den Abdruck seines Vortrages mit dem Vermerk „Vortrag, gehalten in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York am 5. Juni 1905" versehen für die Zwecke der Anti-Auto-Tox Company veranlasst hat, mit welcher Reklameschrift dieselbe nunmehr bei den Laien hausieren geht, dass ferner die dieses neue Nostrum enthaltenden Flaschen die Aufschrift „Dr. Herman Boeker" tragen. Die Red.

Auszüge aus der Journalliteratur.

Heinz Richartz (Bad-Homburg): **Ueber ein perkutan anwendbares Jodpräparat (Jothion).**

R. berichtet über ein neues Jodpräparat, welches bei leichter Anwendbarkeit und geringer örtlicher Reaktion zum grossen Teil rasch resorbiert wird und dadurch eine energische Wirkung gewährleistet. Das Mittel führt den Namen Jothion und ist chemisch ein Jodwasserstoffsäureester von 80 Proz. Jodgehalt. Die Aufnahme in den Kreislauf erfolgt ziemlich schnell. Im Speichel konnte Lippschütz, dessen Versuche R. nachgemacht hat, bereits 15 Minuten nach Aufpinseln von Jothion das Auftreten von Jod feststellen. Im Harn fand sich das Jod nach 40 Minuten, spätestens nach 2½ Stunden. R. konnte dies bestätigen. Was die Art der Anwendung betrifft, so hat Lippschütz das reine Präparat eingespinselt und zwar jedesmal 2 ccm. Es genügten zur Erzielung des gewünschten Resultates in einem Falle 25, in zwei anderen 30 Pinselungen, i. e. ungefähr 50 bezw. 60 g Jothion, welche 40 bezw. 48 g Jod enthielten. Es entsteht an der Applikationsstelle jedesmal eine leichte Reizung; da diese sich unter Umständen bis zu einer Dermatitis entwickelt, hat man die Pinselungen mit 50 bezw. 25 proz. Salben vorgenommen. Auch dabei kommt es noch zu einem ziemlich lästigen Brennen und selbst zu starker Hyperämie, die durchschnittlich ¾—1½ Stunden anhält. R. hat daher das reine Jothion nur an sich selbst versucht, sonst die von der Fabrik gelieferten 50 und 25 proz. Lanolin.-anhydr.-Salben und 50 proz. Lösungen in Alkohol und Glyzerin aa verwendet. Die Einreibungen liess er in regelmässigem Turnus vornehmen und zwar allemal mit einer 2 g Jothion enthaltenden Menge des Medikamentes auf je einem ganzen Arm, Bein, Brust und Rücken. Eine Pause zwischen diesem Turnus hat er nicht für notwendig gefunden, da in allen Fällen die Hautreizung spätestens nach zwei Tagen völlig verschwunden war. Den Patienten wurde am Morgen nach der gewöhnlich abends gemachten Einreibung Waschung und Bad erlaubt.

Von allen Beobachtern werden die Resultate als durchwegs günstige bei tertiärer Lues bezeichnet, wobei vor allem der schnelle Eintritt der Wirkung hervorgehoben wird. Von unangenehmen Nebenwirkungen wird, abgesehen von der schon erwähnten Hautreizung, wenig berichtet, besonders traten keine Störungen von seiten des Magendarmkanales auf. R. steht daher nicht an, das Jothion als vollwertiges Ersatzmittel für die Alkaliverbindungen zu bezeichnen, da es erlaubt, auf perkutanem Wege beliebig grosse Mengen Jod genügend schnell in den Säftekreislauf zu bringen. Es wird daher zunächst überall mit Vorteil angewandt werden, wo der peroralen Aufnahme von Jod Hindernisse irgend welcher Art entgegenstehen, wird auch besonders bei allgemeiner Idiosynkrasie und spezieller Empfindlichkeit des Magens höchst wertvolle Dienste leisten. (Münchener med. Wochenschr., 1905, No. 49.)

Paul R. Römer (Marburg): **Zur Präventiv-Therapie der Rindertuberkulose nebst kritischen Studien zur Tuberkulose-Infektionsfrage.**

R. gibt in einer sehr eingehenden Arbeit eine Schilderung der bisherigen Arbeiten zur Bekämpfung der Rindertuberkulose, was um so wichtiger ist, als auch der Menschenarzt aus den bisher in der Rindertuberkulose-Bekämpfung erzielten Misserfolgen und Erfolgen manches Lehrreiche bezw. Vorbildliche für die Bekämpfung der menschlichen Tuberkulose entnehmen kann. Doppelt berechtigt fühlt sich R. zu einer eingehenderen Schilderung besonders des modernsten Mittels zur Bekämpfung der Rindertuberkulose, der spezifischen Schutzimpfung, angesichts des weitverbreiteten Pessimismus der Aerzte gegenüber unserer immer wachsenden Zuversicht, auch der menschlichen Tuberkulose und Schwindsucht erfolgreich begegnen zu können.

Aus der Arbeit ergibt sich für die Wissenschaft, dass es möglich ist, ge-

gen die künstliche Tuberkuloseinfektion Rinder zu immunisieren, ferner dass es wahrscheinlich ist, dass diese Immunität gegenüber bestimmten natürlichen Infektionsbedingungen anhält. Für die Landwirtschaft hält R. die spezifische Präventiv-Therapie der Rindertuberkulose für ein bedeutsames und zugleich einfaches Bekämpfungsmittel. Er hält es daher, nachdem er von dem Nutzen der Schutzimpfung unter den Bedingungen der Praxis überzeugt ist, für eine Aufgabe der Landesregierungen, einmal die allgemeine Einführung der Schutzimpfung mit allen Mitteln zu unterstützen, ferner aber die Mittel zu ausgedehnten Versuchen zur Erprobung der Leistungsfähigkeit des Verfahrens flüssig zu machen. Er meint, dass man zunächst unter verschiedenen Bedingungen der Praxis die Schutzimpfung erprobt, dass man also in stark, mittelstark und wenig durchseuchten Beständen das Schutzimpfungsverfahren und zwar dieses allein zur Anwendung bringt. R. hält es ferner für notwendig, dass man, um keine Zeit zu verlieren, das Schutzimpfungsverfahren erprobt, indem man es mit dem einen oder anderen der von B a n g als nützlich erkannten hygienischen Bekämpfungsfaktoren kombiniert, z. B.:

1. Abschlachtung der Tiere mit offener Tuberkulose + Schutzimpfung,

2. Aufzucht der Kälber mit tuberkelbazillenfreier Milch (pasteurisiert oder am Euter gesunder Ammen) + Schutzimpfung,

3. gewisse Isolierungsmassnahmen + Schutzimpfung.

Den unter 1 berührten Punkt der Abschlachtung der Tiere mit offener Tuberkulose hält R. für das Dringendste, denn ganz abgesehen davon, dass die Schutzimpfung gegenüber den schweren Infektionsbedingungen, wie sie zahlreiche Tiere mit offener Tuberkulose schaffen, sich noch erst bewähren muss, ist es schon eine rein ästhetische Forderung, solche Tiere zu beseitigen und andererseits würde er den Rat eines Arztes zur Beibehaltung solcher Rinder schon mit Rücksicht auf die Infektionsgefahr für den Menschen für frivol halten. Dem Landwirt würde also R. anempfehlen: Systematische Einführung der Schutzimpfung nach v. B e h r i n g, Impfung der Kälber möglichst bald nach der Geburt, Beseitigung, d. h. Schlachtung der Tiere mit offener Tuberkulose. (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. IV, H. 4.)

M o o s b r u g g e r (Leutkirch): **Ueber innere Behandlung der Blinddarmentzündung.**

Die so sehr schwankende Indikationsstellung für den Bauchschnitt bei der Blinddarmentzündung, die auf den praktischen Arzt geradezu verwirrend wirken muss, war für M. die Veranlassung, seine Erfahrungen über die innere Behandlung dieser Erkrankung in den letzten 5 Jahren zu veröffentlichen, ein weiterer Grund sind für ihn die unzweideutig günstigen, ja glänzenden Ergebnisse gewesen, die er mit seiner Behandlungsmethode erzielt hat. M. ist der Ansicht, dass die Chirurgie auf dem bisher betretenen Wege nicht mehr weiterschreiten darf, sondern vielmehr wieder zurückgehen muss; namentlich die sog. Frühoperationen, dessen ist M. absolut sicher, werden und müssen mit der Zeit ganz verschwinden; aber auch die Entfernung des Wurmfortsatzes in der anfallfreien Zeit wird viel seltener notwendig werden.

M.'s Behandlung besteht in der Hautpsache in ausschliesslicher oder fast ausschliesslicher reichlicher Anwendung von Argentum colloidale Credé. In leichten Fällen lässt er die Patienten sofort zu Bett liegen, dauernd Kataplasmen aus Leinsamen auflegen und verordnet innerlich Argentum colloidale 1 g in 200 g Wasser, ½ bis 1 stündlich 1 Esslöffel voll zu nehmen. Einem Patienten, bei welchem die Erkrankung schon weiter fortgeschritten ist, der namentlich die Symptome des Erbrechens und des Aufgetriebenseins des Bauches bietet, oder wenn die Krankheit sehr intensiv mit einem Schüttelfrost und schwerer Störung des Allgemeinbefindens einsetzt, gibt er innerlich Arg. colloidal. 2,0: 200,0 1 stündlich 10 g zu nehmen, und lässt zugleich noch 2 mal am Tage

2 g Kollargolsalbe an den Beugeseiten der Arme und Beine 25—30 Minuten lang einreiben. Ist das Erbrechen sehr stark, so dass die Lösung entweder gar nicht oder nur zum Teil im Magen bleibt, so lässt er letztere im Klystier verabreichen, in der Art, dass der Patient mindestens ½ g Kollargol in 50 g Wasser, in schweren Fällen aber 1 g in 100 g Wasser, letzteres auf einmal oder in 2 Dosen, je morgens und abends, erhält. Kinder erhalten eine Lösung von 0,5 : 100 g oder 0,75 : 100 g per os alle ½ Stunde 1 Theelöffel oder, wenn Erbrechen da ist, 1—2 mal je 50 g als Klystier, daneben Einreibungen mit 1,0 g Kollargolsalbe 1—2 mal täglich.

Wendet man diese Behandlung auf ziemlich frische Fälle von Appendizitis an, so hat man nach der Behauptung von M. die Freude, dass schon am 2. Tage das Allgemeinbefinden und die lokalen Störungen etwas gebessert sind, dass die Temperatur fällt, dass am 2. oder 3. Tage schon Blähungen abgehen und meist auch spontan schwarzer Stuhl entleert wird, worauf der Patient sich subjectiv ungewöhnlich erleichtert fühlt. In schweren Fällen, in welchen ein Durchbruch des Exsudates in die freie Bauchhöhle schon erfolgt ist und bei denen allgemeine Peritonitis droht, erfolgt die Besserung wesentlich langsamer, und alle Fälle dieser Art, die M. zu sehen Gelegenheit hatte und von denen einer schon zur Operation bestimmt war, heilten ohne chirurgischen Eingriff dauernd aus. M. führt dann noch die Geschichte eines Falles an, der bereits hoffnungslos war und nur durch die Kollargolbehandlung genas. M. bemerkt hierzu noch, dass auch nach anscheinend vollständiger Ueberwindung des akuten Erkrankungsanfalls der Gebrauch des Mittels nicht plötzlich ausgesetzt werden sollte, man erlebt sonst Rezidive, die mit Steigerung der Temperatur, Schmerzen, Erbrechen etc. geradeso einhergehen wie der erste Anfall. Er pflegt deshalb eine Lösung von 1,0 : 200 g 3 stündlich bis 3 mal täglich 5—10 g einige Wochen lang fortnehmen.

M. hat auf diese Weise während der letzten Jahre zwischen 70 und 80 Fälle leichter, mittelschwerer und schwerster Blinddarmentzündung behandelt, die, 2 Fälle ausgenommen, alle in Genesung endigten. Die beiden tötlich verlaufenen Fälle befanden sich in einem so desolaten Zustand, dass wohl jede Behandlung, auch eine chirurgische, eine vergebliche gewesen wäre. M. steht daher nicht an, zu behaupten, dass jede rechtzeitig erkannte, wenn auch noch so akut und bösartig auftretende Appendizitis unter zweckentsprechender Anwendung von Kollargol ohne chirurgischen Eingriff zum Ausheilen zu bringen ist. Das Kollargol versagt nur in den Fällen, in welchen die Bauchfellentzündung und damit die Allgemeininfektion und Intoxikation schon zu weit vorgeschritten ist. (Münchener med. Wochenschr., 1905, No. 37.)

A. Döderlein (Universitäts-Frauenklinik in Tübingen): **Ueber die symptomatische Bedeutung der Blutungen aus den weiblichen Genitalien und deren Behandlungsgrundsätze.**

Die weiblichen Genitalien reagieren auf die verschiedenartigsten Erkrankungen durch Blutungen, so dass diese das vorwiegende Krankheitssymptom der gynäkologischen Leiden sind. Der Schmerz tritt hier wesentlich zurück. Die Frauen sind durch das regelmässige Auftreten menstrueller Blutungen so sehr an Blutabgänge aus den Genitalien gewöhnt, dass sie ganz die Empfindung dafür verlieren und nur zu geneigt sind, jede Art von Blutungen aus den Genitalien ohne weiteres als Menstruation anzusprechen und so unbewusst Täuschungen veranlassen. Um so mehr muss der Arzt beim Erheben der Anamnese darauf bedacht sein, physiologische und pathologische Blutungen scharf gegeneinander abzugrenzen und Unregelmässigkeiten in Typus, Stärke und Dauer der Blutung genau zu fixieren. D. führt in Kürze zwar aber sehr präzis die wichtigsten diagnostischen Beziehungen dieser Genitalblutungen auf.

Schon das Verhalten zwischen Alter der Kranken und dem Auftreten von Blutungen erlaubt weitgehende

Schlüsse. Das sogenannte „Wiederauftreten von Menstruationen" jenseits der klimakterischen Grenze ist ein fast pathognomonisches Zeichen für Karzinom. Andere Anlässe zu Blutungen in dieser Lebenszeit der Frau, wie etwa submuköse und polypöse Myome, Geschwürsbildungen, Entzündungen, sind so extrem selten gegenüber dem Karzinom, dass sie erst nach zuverlässigem Ausschluss eines solchen in Betracht gezogen werden sollten.

Fast ebenso charakteristisch geben sich die die Frauen in den klimakterischen Jahren häufig heimsuchenden Myome des Uterus zu erkennen. Für die Unterschiede ist von Bedeutung, dass das Karzinom dadurch Blutungen veranlasst, dass das Krebsgewebe zerfällt und durch Arrosion Blutbahnen eröffnet werden. Es liegt also in der Natur der Krankheit, dass diese Blutungen ganz unregelmässig, ohne jeden äusseren oder inneren Antrieb entstehen, wie eben der Zufall gerade vor sich geht, dass sie völlige atypisch auftreten, anfänglich, so lange die Wucherung noch kleiner ist, seltener, später mit deren Wachstum immer häufiger und stärker, bis eben schliesslich ununterbrochene Blutabgänge auch den unachtsamen Frauen als schwere Krankheitssymptome erkennbar werden. Im Gegensatz dazu bluten die Myome nicht selbst, sondern sie veranlassen vielmehr die Blutungen meist auf dem Umwege der Menstruation. Einige besonders geartete Fälle machen eine Ausnahme, so z. B. die in gestielte Polypen umgewandelten submukösen Myome. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle haben die Myome die Eigentümlichkeit, einmal die Menstruation in Bezug auf ihre Stärke, Dauer und Häufigkeit zu verändern und sodann merkwürdiger und charakteristischer Weise auch deren klimakterisches Erlöschen in ganz ungewöhnlicher Weise zu verzögern. Von hoher differentialdiagnostischer Bedeutung ist, dass die Blutung durch völlig blutfreie Zeitintervale ihren Typus als Menstruation unverkennbar bewahrt. In der Regel wird man jede jenseits des 50. Lebensjahres noch regelmässig und stark menstruierende Frau mit dem höchsten Grade von Wahrscheinlichkeit als myomkrank ansehen dürfen.

Der normale Ablauf der Wechseljahre ist wohl mit gewissen Unregelmässigkeiten in dem menstruellen Typus verknüpft, doch möchte D. davor warnen, solche Unregelmässigkeiten in diesen Jahren gemeinhin so leicht zu nehmen. Das gewöhnliche ist, dass die Periode in dieser Lebensepoche seltener und kürzer zu werden pflegt, und dass nach monatelanger Sistierung einmal oder mehrere Male wieder wohl charakterisierte, menstruelle Blutungen auftreten, nicht aber darf man sich so ohne weiteres mit der Annahme von harmlosen Wechseljahrblutungen begnügen, wenn Unregelmässigkeiten nach der anderen Richtung hin eintreten, also die Menstruation häufiger, länger und stärker wird. Da bekanntermassen gerade in dieser Lebenszeit Neubildungen in den Genitalien mit besonderer Häufigkeit auftreten, soll man allen Veränderungen der Menstruation mehr Beachtung schenken und die Diagnose in jedem Fall durch eine genaue Digitaluntersuchung feststellen.

In der eigentlichen Zeit der Geschlechtsreife gibt es der Ursachen für unregelmässige Blutungen so viele, dass man mit diagnostischen Rückschlüssen daraus sehr vorsichtig sein muss; doch gibt es auch für diese Zeit gewisse Direktive. Die Erfahrung lehrt, dass in den 20er Jahren und auch in der ersten Hälfte der 30er Jahre Karzinome und Myome relativ selten sind. Doch muss vorsichtigerweise auch in dieser Zeit mit der Möglichkeit solcher gerechnet werden, wenn auch die Wahrscheinlichkeit im einzelnen Falle eine sehr geringe ist. Um so häufiger sind hier die aus dem Geschlechtsverkehr entspringenden Erkrankungen, die auf Konzeption und Infektion zurückzuführen sind. Nächst diesen kommen fast sämtliche gynäkologische Veränderungen als Blutungsursache in Betracht, wie Lageveränderungen, Entzündungen, Hyperplasien etc. Blutungen schlimmster Art, was Stärke und Dauer anlangt, können mit ver-

steckten und unerkannten Aborten zusammenhängen. Hier ist noch der Extrauteringravidität zu gedenken, die sich vielfach und längere Zeit in ihren Erscheinungen mit denen eines uterinen Abortes decken kann, so dass vielleicht über dieser Verkennung die richtige Zeit des lebensrettenden Eingriffes verpasst wird.

In der Pubertätszeit findet man bei Virgines auftretende Störungen der Menstruation, die in hartnäckigen und anhaltenden, auch häufigen Blutungen bestehen. Der Genitalbefund kann dabei ein vollkommen normaler sein und auch die mikroskopische Untersuchung ausgekratzter Schleimhautstückchen fällt häufig negativ aus. Der Grund für diese Blutungen ist oftmals in einer pathologischen Beschaffenheit des Blutes selbst zu suchen, das bei Pubertätsanomalien, wie z. B. Chlorose, dem normalen Verlauf der Menstruation widerstrebt, vielleicht infolge mangelnder Gerinnungsfähigkeit.

Was nun die Behandlung der gynäkologischen Blutungen betrifft, so macht D. dringend darauf aufmerksam, wie nötig es ist, in jedem einzelnen Falle den Grund der Blutungen vorher genau festzustellen und zwar mit allen diagnostischen Hilfsmitteln. Bei den zuletzt erwähnten Pubertätsblutungen der Virgines tritt die allgemeine Behandlung in den Vordergrund und ist jedenfalls damit zu beginnen. Man erreicht durch auf Kräftigung des Körpers hinarbeitende Lebensweise, Verabreichung von Eisenpräparaten, womöglich auch Badekuren in diesen Fällen ungleich mehr als durch eine Lokalbehandlung, die ohne Unterstützung durch die allgemeine Therapie erfolglos zu sein pflegt.

Im Gegensatz hierzu tritt bei den späterhin bei den Frauen auftretenden Blutungen, welchen Charakter sie auch immer haben, die Lokalbehandlung in den Vordergrund, die sich selbstverständlich in erster Linie nach dem jeweiligen Grundleiden zu richten hat, das ja in den einzelnen Fällen durchaus verschieden sein kann und dessen richtige Erkenntnis allein die richtige Therapie finden lässt. (Deutsche med. Wochenschr., 1905, No. 47.)

Heinrich Fritsch (Universitäts-Frauenklinik in Bonn): **Die geburtshilfliche Behandlung bei Placenta praevia.**

Man kann betreffs der Behandlung der Placenta praevia drei Fragen unterscheiden, die der Arzt sich zu stellen hat:

1. Was soll man bei Blutungen in der Schwangerschaft tun?

2. Was bei Blutungen, wenn die Geburt anscheinend begonnen hat, der Muttermund aber zum Eingreifen noch zu hart und zu eng ist?

3. Was bei sich eröffnendem Muttermunde und der zweifellos im Gange befindlichen Geburt, im Falle eines lebenbedrohenden Blutverlustes?

Bei Blutungen in der Schwangerschaft wird sich der behandelnde Arzt auf das beschränken, was in allen Lehrbüchern steht: Bettruhe, genaue ärztliche Ueberwachung, Bereitstellen der ärztlichen Hilfe, so dass bei erneuter Blutung sofort tamponiert werden kann. Der Ehemann muss mit den möglichen Gefahren bekannt gemacht werden, damit er die Frau nicht ausgehen, nicht arbeiten lässt, damit der Koitus unterbleibt und der Arzt sofort benachrichtigt wird, falls Blut sich wieder zeigt. Das Material zur Tamponade wird bei der Schwangeren deponiert. Treten in Zwischenräumen von Stunden oder wenigen Tagen wiederholte heftige Blutungen auf, so liegt die zweite Aufgabe vor: der Blutverlust ist lebenbedrohend und von einer einfachen Beobachtung darf nicht mehr die Rede sein. Dann ist die vaginale Tamponade indiziert, bei welcher es jedoch sehr darauf ankommt, wie sie ausgeführt wird. Will man eine Tamponade bei Placenta praevia gut machen, so muss man in der Seitenlage, nach völlig entleerter Blase und bei leerem Mastdarme tamponieren. Das Tamponmaterial muss nass, aber gut ausgedrückt sein. Mit trockener, loser Gaze ist eine blutstillende Tamponade nicht zu machen. Das beste Instrument ist der Finger, Instrumente sind gefährlich und bei der Tamponade einer Schwangeren principiell nicht anzuwenden. Günstig ist es, wenn nun

bald Wehen einsetzen. Ist das nicht der Fall, so hilft man durch kräftiges Reiben und Massieren des Fundus uteri mit den Fingerspitzen nach. Wird die Masse der Tampons unter heftigen Schmerzen und unwillkürlichem Mitpressen der Kreisenden ausgestossen, so ist auch meist der Muttermund so weit oder so erweitert, dass die spontane Geburt erfolgt oder dass die künstliche Entbindung möglich geworden ist.

Am schwierigsten sind die Fälle zu beurteilen, zu denen der Arzt erst dann zugezogen wird, wenn die Blutung lebenbedrohend ist, das Kind lebt und der Muttermund noch eng ist. Hier ist es sehr wichtig, ob die Fruchtblase zu erreichen ist oder nicht. Ist die Blase zu erreichen, so wird sie gesprengt, das Fruchtwasser durch Druck auf den Uterus und durch Massieren des Leibes völlig ausgepresst und der Kopf tief gedrückt. Handelt es sich aber um eine Placenta praevia centralis, d. h. fühlt man überall nur das überdachende Placentargewebe, so ist es wichtig, wie sich der innere Muttermund resp. die Cervix verhält. Ist der äussere Muttermund noch eng, dabei aber die Cervix verstrichen und der innere Muttermund so weit, dass man über dem äusseren Muttermunde eine enge Stelle, den inneren Muttermund, gar nicht mehr fühlt, und erscheint die Placenta schon weit abgelöst und oft herniös hervorgewölbt, so sind dies ungünstige Fälle, weil es enorm blutet und man sehr schnell eingreifen muss, günstige aber auch, weil man leicht eindringen, die Wendung leicht machen, die Extraction schnell ausführen, also die Geburt schnell beenden kann. Andererseits ist in diesen Fällen mit weiter Ablösung der Placenta das Kind fast immer verloren. Ganz besonders schwierig sind die Verhältnisse, wenn die Cervix erhalten ist, wenn der Kanal röhrenförmig ist, wenn man mit den Fingern eingehend ringsherum einen harten Isthmus fühlt. Dabei kann ein Teil der Placenta schon tief in den Cervikalkanal geschoben sein. Ist die Blutung sehr stark, sind keine Wehen hervorzurufen, ist der Kopf des Kindes nicht in das Becken zu drücken, ist er abgewichen oder besteht Querlage, so ist es viel gefährlicher, abzuwarten, als zu operieren. Hier muss zur Erweiterung der harte Metreurynter Ribemond's angewandt werden. Die Verringerung oder Beseitigung eines Widerstandes mittels Bossi's Instrument empfiehlt F. nicht. Die Hand eines vorsichtigen Geburtshelfers ist sicher ungefährlicher als das Bossi'sche Instrument.

Die Placenta ist bei Placenta praevia leicht zu entfernen, ja sie fällt oft nach dem Kinde von selbst heraus. Ausstopfungen nach Dührssen hat F. gerade in diesen Fällen nicht gemacht, da sie nicht notwendig waren. Ist der Uterus entleert, so steht auch die Blutung. Die intrauterinen Manipulationen und die Reizung der Cervix sind das beste Mittel, Kontraktionen des Uterus resp. Nachwehen anzuregen. Die bekannte Therapie mit Ergotin, internen, subkutanen und rektalen Analepticis heben bald den Puls und die Gefahr ist vorüber. (Ibidem.)

Schümann (Leipzig): **Zur Methodik der Plattfussdiagnose.**

Sch. empfiehlt als sehr einfaches Verfahren, weil man zur Herstellung eines sofort fertigen Abdruckes nur eine Lösung nötig hat, die Anwendung der Berlinerblaureaktion. Man verfährt derart, dass man glattes Schreibpapier mit zur Hälfte verdünntem Liquor ferri mittels eines Tupfers gleichmässig bestreicht; solche Blätter können auch im voraus angefertigt werden und sind haltbar, doch ergeben frisch zubereitete Bogen bessere Bilder. Zur Herstellung des Abklatsches wird die Fusssohle mit ca. 5 proz. Ferrocyankaliumlösung dünn bestrichen, fest auf dem präparierten Bogen aufgesetzt und durch Aufstehen des Patienten belastet. Es resultiert ein sehr scharfes dunkelblaues Bild der Planta auf gelbem Untergrund, auf dem der Verlauf der Papillarlinien deutlich erkennbar ist; häufig lassen sich selbst die Schweissdrüsenporen als punktförmige Unterbrechungen der Cristae cutis erkennen. (Münchener med. Wochenschrift, 1906, No. 2.)

Referate und Bücheranzeigen.

The Pharmacopoeia of the United States of America. Eighth Decennial Revision. By Authority of the United States Pharmacopoeial Convention held at Washington, A. D., 1900. Revised by the Committee of Revision and published by the Board of Trustees. Official from September 1st, 1905. Philadelphia, P. Blakiston's Son & Company. 692 S.

Die vorliegende neue Ausgabe der Pharmakopoe der Vereinigten Staaten weist eine Reihe von Veränderungen und Verbesserungen auf. So wurde zum ersten Male der Beschreibung der einzelnen Arzneistoffe und Präparate die für einen Erwachsenen gebräuchliche Dosis beigefügt und zwar in metrischem Gewicht, wobei jedoch ausdrücklich bemerkt ist, dass diese Dosenangaben in keiner Weise für den Arzt bindend sind und derselbe sie jeder Zeit überschreiten darf, so oft er dies für angebracht hält. Die chemische Nomenklatur wurde unverändert von der früheren Auflage herübergenommen. Von Wichtigkeit ist die Aenderung des Stärkegehaltes von Tinctura Aconti, Tinctura Veratri und Tinctura Strophanti. Der Gehalt der Tinctura Aconiti wurde von 35 Prozent auf 10 Prozent herabgesetzt, derjenige der Tinctura Veratri von 40 auf 10 Prozent, wohingegen der Gehalt der Tinctura Strophanti von 5 auf 10 Prozent erhöht wurde. Diese Veränderungen wurden im Einklang mit den Beschlüssen der Brüsseler internationalen Konferenz vom Jahre 1902 vorgenommen. Desgleichen wurde der Gehalt des Syrupus Ferri Iodidi von 10 auf 5 Prozent herabgemindert, wie auch noch einige andere Aenderungen nach dieser Richtung hin vorgenommen wurden, die jedoch weniger eingreifender Natur sind. Neu aufgenommen wurden das Serum antidiphthericum, Glandulae thyroideae siccae und Glandulae suprarenales siccae. Statt der Bezeichnungen Acidum arsenosum und Acidum chromicum wurden die Namen Arseni Trioxidum resp. Chromii Trioxidum gewählt, da damit der chemische Charakter dieser Präparate besser zum Ausdruck gebracht wird, ebenso heisst es jetzt Phenol anstatt Acidum carbolicum, Chloralum hydratum anstatt einfach Chloral etc. Auch die beigegebenen Saturationstabellen etc. wurden einer gründlichen Umarbeitung unterzogen, so dass die Pharmakopoe in ihrer jetzigen Gestalt in mehr denn einer Beziehung mustergiltig ist. Das Revisionskomitee verdient für die mühevolle Arbeit vollen Dank.

Reynold Webb Wilcox: Materia Medica and Pharmacy. Sixth Edition. Philadelphia, P. Blakiston's Son & Co., 1905, 624 S.

Reynold Webb Wilcox: Pharmacology and Therapeutics. Sixth Edition. Philadelphia, P. Blakiston's Son & Co., 1905, 1010 S.

Die Neubearbeitung der Pharmakopoe machte naturgemäss auch eine Umarbeitung der bereits existierenden Handbücher der Arzneimittellehre notwendig. Dies ist denn auch mit obigen beiden Werken geschehen, die eigentlich, wenn ihr Titel dies auch nicht anzeigt, als zwei Bände eines Gesamtwerkes aufzufassen sind, welches in umfassender und eingehender Weise die Arzneiverordnungs- u. Arzneimittellehre behandelt. Der erste Teil, Materia Medica and Pharmacy, enthält zunächst allgemeine Kapitel über pharmazeutische Darstellungen, Masse und Gewichte, Dosenlehre und Rezeptschreiben. Dann folgt die Pharmakopoe, wobei jedoch die einzelnen Stoffe und Arzneipräparate nicht alphabetisch geordnet, sondern in zwei Hauptklassen, anorganische und organische Mittel, eingeteilt sind. Ausserdem ist jedem Mittel ein kurzer Abschnitt über Wirkungsweise und therapeutische Verwendung beigegeben. Nebst den offiziellen Präparaten finden auch die bekannteren inoffiziellen Mittel Erwähnung.

Der zweite Teil, Pharmacology and Therapeutics, führt die Stoffe in physiologischer Ordnung auf, d. h. die Stoffe, die eine gemeinsame oder ähnliche physiologische resp. therapeutische Wirkung haben, sind jeweils in

eine grössere Gruppe zusammengefasst. Auf eine spezielle Beschreibung der charakteristischen Eigenschaften der verschiedenen Präparate etc. ist hier verzichtet worden, da ja dieselbe schon in ausführlicher Weise in dem ersterwähnten Buche enthalten ist. Dafür ist die physiologische Wirkung und therapeutische Verwendung in ganz vorzüglicher Weise zur Darstellung gekommen und zwar in vollkommener Uebereinstimmung mit den modernen pharmakologischen Anschauungen. Die beiden Bände zusammen können als ein ausgezeichnetes Hand- und Lehrbuch der Arzneimittel- und Arzneiverordnungslehre bezeichnet werden.

Sam'l O. L. Potter: Materia Medica, Pharmacy and Therapeutics, including the Physiological Action of Drugs, the Special Therapeutics of Diseases, Official and Practical Pharmacy, Minute Directions for Prescription Writing and Avoiding Incompatibility, also the Antidotal and Antagonistic Treatment of Poisoning. Tenth Edition, Revised and in Greater Part Rewritten. Philadelphia, P. Blakiston's Son & Co., 1906. 914 S.

Auch Potter's Materia Medica hat eine Umarbeitung erfahren. 113 neue Paragraphen wurden eingefügt, nahezu 400 Stoffe wurden neu behandelt und obsolet Gewordenes ausgelassen. Schwer zu verstehen ist aber, warum nicht der schon längst gänzlich obsolet gewordene Appendix, der die Uebersetzung von nahezu 800 angeblich beim Rezeptschreiben gebräuchlichen, meist in Küchenlatein gehaltenen Phrasen enthält, endlich weggelassen wurde. Dabei ist dieses Verzeichnis so voll grammatikalischer Fehler, dass einem klassisch gebildeten Mediziner beim Lesen desselben die Haare zu Berge stehen müssen. Es sei z. B. nur folgendes angeführt: **alvus** heisst nicht **the belly, the bowels, aqua gelidus** ist schauderhaft, ebenso **in lagena bene obturator** (in einer gut verkorkten Flasche). **Barbadensis** heisst nicht **Barbadoes**, der Genetiv von **manus**, die Hand, ist als **mani** angegeben, **ulna** heisst nicht **the arm, the elbow** u. s. w. Dabei schreibt Potter an einer anderen Stelle seines Buches: „Eine gute Kenntnis der lateinischen Sprache ist ein sine qua non für jeden Gebildeten, besonders aber für den Arzt. Es ist ein Jammer, wenn man sieht, wie ein Arzt schreibt, ohne nur die Genetivendungen der Droguennamen, die er gebraucht zu kennen." Ebenso hätte ganz gut die eine und eine halbe Seite einnehmende lateinische Grammatik wegbleiben können. Wer mit seinen lateinischen Kenntnissen auf diese Darstellung angewiesen ist, lässt besser das Lateinische beiseite und verschreibt in der Landessprache. Der Verf. lenkt ferner die Aufmerksamkeit auf die Betonung verschiedener Wörter, die häufig falsch ausgesprochen werden, begeht aber dabei selbst eine Reihe von Irrtümern. Es heisst nicht ángina, nicht conium und auch nicht páresis.

Gar nicht befreunden können wir uns mit dem Abschnitt, der über spezielle Therapie handelt. Abgesehen davon, dass ein derartiger Abschnitt gar nicht in ein Handbuch der Materia medica gehört, sondern in die Lehrbücher der speziellen Pathologie, da es ganz unlogisch ist, die Therapie von der Besprechung der einzelnen Krankheiten loszureissen, ist dieses therapeutische Lexikon, denn um ein solches handelt es sich hier, mehr schädlich wie nützlich. Die verschiedenen Krankheitsnamen sind alphabetisch aufgeführt und darunter alle möglichen und unmöglichen Mittel, die irgend ein Autor irgend einmal mit Recht oder Unrecht empfohlen hat, vollkommen kritiklos aufgezählt. Der Anfänger in der Therapie — nur solche können hier in Frage kommen, da der vorgeschrittene Arzt in einer derartigen Abhandlung keine Belehrung suchen wird — wird nur verwirrt, wenn er den Krankheitsnamen aufgesucht hat und darunter Dutzende von Mitteln angepriesen findet, ohne zu wissen, welches davon zu wählen. So wird er als Mittel gegen Amaurosis empfohlen finden Arnica, Ruta graveolens, Strychnin, Guajak, Santonin, Veratrin, Jodkali, Opium und das Haarseil. Was soll er nun wählen, vielleicht das Santonin, hinter welchem die Bemerkung steht, dass es

„bei Amaurosis sehr zufriedenstellende Resultate gegeben hat"? Bei Cataract heisst es u. a.: „Galvanisierung wurde im Anfangsstadium mit Erfolg angewandt; Phosphor zusammen mit Oel auf die Stirn eingerieben und etwas davon in das Auge geträufelt kann Aufsaugung der Linse oder Kapsel herbeiführen." Glaukom: „Subkutane Einspritzung von 1/60 Gran Atropin wirkt segensreich; dasselbe kann bei unvorsichtigem Gebrauch die Krankheit herbeiführen." Bei Post partum Hämorrhagien werden eine ganze Reihe interner Mittel aufgezählt ohne jegliche Rücksicht auf die kausalen Indikationen. Ferner: „Ein in Essig getauchtes Taschentuch in den Uterus eingeführt stillt oft eine schwere Blutung" und „Tamponiere niemals nach einer Entbindung! you might as well hang the woman by the neck." Impotenz: „Kein wirksameres Mittel wie Phosphor." Influenza: „Menthol wirkt in hohem Grade prophylaktisch, Chinin wirkt prophylaktisch und hat spezifische Wirkung." Diese Proben mögen genügen, um den Wert einer derartigen Abhandlung über spezielle Therapie zu illustrieren.

Der Abschnitt über Arzneiverordnungslehre ist sorgfältig ausgearbeitet und kann sich derselbe getrost hierin ähnlichen Werken zur Seite stellen. Eine Berücksichtigung des metrischen Systems wäre um so mehr zu wünschen gewesen, als nunmehr auch die Pharmakopoe die Dosen nach dem metrischen System angibt.

The Physician's Visiting List for 1906. Fifty-fifth Year of its Publication. Philadelphia, P. Blakiston's Son & Co.

Das mit Recht so beliebte Taschenbuch für Aerzte ist für das Jahr 1906 wieder in derselben Form und Ausstattung erschienen. Auch der Inhalt ist sich gleichgeblieben, ausgenommen, dass die Dosen in Uebereinstimmung gebracht wurden mit der Neuausgabe der Pharmakopoe.

Spemann's historischer Medicinal-Kalender, bearbeitet von Prof. Dr. J. Pagel und Prof. Dr. J. Schwalbe. Preis gebunden 2 Mark.

Von dem Spemann'schen Kalender ist nunmehr der zweite Jahrgang erschienen. An dem Grundplan desselben ist nichts wesentliches geändert worden. Der historische Text wurde von Pagel einer Revision unterzogen und, wo nötig, ergänzt. Den völlig neuen Text der Sentenzen und Aphorismen hat Schwalbe stellenweise dem Reiche des Humors entnommen. Der ebenfalls gänzlich neue Bilderschmuck weist eine grössere Zahl von Porträts berühmter Aerzte aus der alten und neuen Zeit auf. Zur Förderung seines Lehrzweckes ist dem Kalender diesmal ein Register des historischen Textes beigegeben worden. Möge der zweite Jahrgang des Kalenders im Sprechzimmer recht vieler Kollegen Platz finden, mögen durch ihn recht viele sich an jedem Tag in die Zeiten der grossen ergangenheit unserer hehren Wissenschaft zurückführen lassen!

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom 6. November 1905, abgehalten in der Academy of Medicine.

Der Präsident, Dr. John A. Schmitt, eröffnet die Sitzung und wird gleich die Vortragsserie über die **Frühdiagnose und Behandlung der Dickdarmkarzinome** begonnen.

Es kamen folgende Vorträge zur Verlesung:

1. **Zur Diagnose,** Dr. Richard Stein.
2. **Diagnostische Bemerkungen,** Dr. J. Kaufmann.
3. **Die chirurgische Behandlung,** Dr. Willy Meyer.
4. **Die Romanoskopie,** Dr. J. B. Tuttle.
4. **Das Romanoskop,** Dr. Edwin Beer.

Die Diskussion wird auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung gesetzt.

Dr. Albert Frei wird als Mitglied erwählt.

Dr. Willy Meyer demonstriert zwei **Darmtumorenpräparate.**

Nach der Nomination von Beamten für das Jahr 1906 folgt Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, Sek.

Sitzung am 4. Dezember 1905.

Die **Jahresversammlung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft** wird Montag, den 4. Dezember 1905 vom Präsidenten Dr. J. A. Schmitt in der Academy of Medicine zur festgesetzten Zeit eröffnet.

Der Schatzmeister Dr. S. Breitenfeld verliest seinen Bericht, welcher erfreulichen Fortschritt bezeugt. Die Berichte des prot. Sekretärs Dr. J. A. Beuermann und des korr. Sekretärs Dr. H. Boeker werden entgegengenommen, ebenso wie der des Unterstützungskomitees, von Dr. J. W. Gleitsmann unterbreitet.

Die Beamtenwahl ergibt folgendes Resultat:

Präsident: Dr. J. A. Schmitt.

Vizepräsident: Dr. Geo. Mannheimer.

Prot. Sekr.: Dr. John A. Beuermann.

Stellvertr. prot. Sekr.: Dr. A. Ripperger.

Korresp. Sekr.: Dr. Hermann Boeker.

Schatzmeister: Dr. S. Breitenfeld.

Aufnahmekomitee: Dr. H. J. Boldt, Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. A. Jacobi, Dr. F. Maass, Dr. C. von Ramdohr.

Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten etc.

Dr. Carl Beck: Ueber die **ausgedehnte Abhebung des Periostes bei dislozierten Knochenfragmenten.**

Eine natürliche mechanische Folge der Kontinuitätstrennung des Knochens ist die mehr oder minder ausgedehnte Zerreissung des Periostes. Wir stellen uns vor, dass dann in der Umgebung der Bruchstelle kleine Periostzipfel herumliegen, welche im Verlauf des Heilungsprozesses im Sinne einer ossifizierenden Periostitis zu wuchern beginnen, um schliesslich den äusseren oder Periost-Callus zu produzieren.

Bei grosser Gewaltwirkung, insbesondere wenn grössere Dislokation der Fragmente eingetreten ist, findet man kleine Knochenplatten, welche von der Cortex abgesprengt wurden. Zuweillen begegnet man auch kleineren Knochenfragmenten in ziemlicher Entfernung von der Bruchstelle und scheinbar gänzlich losgelöst von derselben. Man hat nun allgemein angenommen, dass diese gänzlich isolierten Knochenstückchen sich mit den umgebenden Weichteilen verbacken und mit denselben sozusagen ein neues Zusammenleben beginnen. Ich habe diese Möglichkeit immer als plausibel angesehen, die vorliegende Roentgenskizze hat jedoch dieses alte Axiom etwas erschüttert. Ich muss beim Studium derselben annehmen, dass in vielen derartigen Fällen sehr dünne und deshalb nicht nachgewiesene Periostfragmente mitgerissen wurden, welche die dünne Ernährungsbrücke für die leicht adhärierenden Fragmentchen bildeten.

Sie sehen in dem Roentgenbild, welches 5 Wochen nach der Fraktur beider Vorderarmknochen genommen wurde, eine 5 Zoll lange Periostlamelle, welche von dem oberen Radialfragment abgehoben ist, wie ein Stück weicher Rinde von einem grünen Weidenzweig, und seinen Connex mit dem Periostteil gewahrt hat, welcher dem unteren Fragment ganz fest anliegt. Es ist also trotz der ausgedehnten Verletzung keine Durchreissung, sondern nur eine Abhebung des Periostes vom Knochen erfolgt. Das Roentgenbild, welches Dr. Erich Beck anfertigte, spiegelt die Verhältnisse mit grosser Deutlichkeit wieder. Der Zustand, wie er von demselben illustriert wird, ist gewiss viel häufiger als wir annehmen mögen. Wenn die Technik nicht ganz tadellos ist, so geschieht es zumeist, dass die Knochen zu stark durchleuchtet werden und dass dann die zarte Nüance, wie sie der Perioststreifen darstellt, weggeleuchtet

wird. Dies geschieht um so eher, je jüngeren Datums die Verletzung ist. Sie sehen bei diesem Fall zugleich die Schwierigkeiten der Reposition veranschaulicht. Nachdem ich unter Vollnarkose die Ulna eingeknickt hatte und ein merkliches Auswärtsdrehen des unteren Radiusfragmentes wahrgenommen hatte, hatte ich den Eindruck, dass die Fragmente sich apponiert hätten, ich legte deshalb, während ein Assistent durch Anlegen eines Bindenzügels die Ulna noch weiter nach innen drückte, einen Gipsverband an, welchen ich nachher durch das Roentgenverfahren kontrollierte. Dasselbe sagte mir, dass meine Reposition ungenügend war, worauf ich ihn wieder abnahm und einen zweiten Versuch unternahm, welcher besser glückte, wie Sie sich aus beiliegendem Bild überzeugen können. Wenn auch in dieser Stellung die Rotation des Vorderarms ermöglicht ist, so sind die Fragmente trotzdem nicht in der gewünschten Stellung. Ich habe deshalb dem Patienten vorgeschlagen, die Fragmente durch Bronzedraht zu vereinigen, wozu er sich vielleicht entschliesst.

Es ist zu bemerken, dass der Periostreifen dem oberen Fragment gefolgt ist, und kann man zugleich trotz der Gipsmasse nachweisen, dass sich viel Knochensubstanz in dem Periostband abgelagert hat.

Wie wichtig diese Frage der Periostverlagerung ist, geht auch aus einem Roentgenbild eines Oberarmbruchs hervor, welchen ich zusammendrahtete. Hier ist durch die ausgedehnte Dislokation der Fragmente ebenfalls eine bedeutende Periostablösung erfolgt, welche nach der Operation grösseren Umfang ananhm, so dass sie geradezu als ein Hindernis angesehen werden musste. Ich habe dieselben deshalb nachträglich entfernt, da sie doch die Muskelaktion gefährdet haben würden. Man lernt hieraus, dass man bei der Knochennaht an diese Möglichkeit denken und deshalb alle über die Bruchstelle hinausragenden Periostzipfel, sowohl als etwa daran hängende Miniaturfragmente gleich entfernen soll. Sonst wird der Heilungsvorgang selbst zur Krankheit, gerade wie die Wohltat Plage werden kann.

So schaffen die wunderbaren Strahlen immer wieder neue Eindrücke, durch deren sorgfältiges Sichten wir ein immer grösseres Verständnis für die inneren Vorgänge bei der Heilung von Knochenverletzungen gewinnen.

Dr. M. Toeplitz: **Ein Fall von Sarkom der Oberkieferhöhle nebst Präparat.**

Diskussion. Dr. J. W. Gleitsmann: Diese Geschwülste sind selten, aber keine grosse Rarität. Bei Radikaloperationen ist die Prognose, wenn die Drüsen nicht affiziert sind, nicht absolut ungünstig. In so komplizierten Fällen, wo sie nach verschiedenen Richtungen hin wachsen und der harte Gaumen bereits erweicht ist, sind die Aussichten natürlich nicht so gut, aber dennoch werden verschiedene Fälle in der Literatur berichtet, wo Sarkome der Oberkieferhöhle nach genügender Radikaloperation günstig verlaufen sind.

Dr. Carl Pfister demonstriert **Präparat einer Geschwulst** bei einem 67jährigen Patienten, die an der rechten Seite des Halses sass und sich über die Trachea hinaus erstreckte.

Diskussion. Dr. Carl Beck: Ich habe den Patienten gesehen und muss sagen, ich mache Herrn Dr. Pfister mein Kompliment zu der Geschicklichkeit, mit der er diese Geschwulst exstirpiert hat. Derartige Geschwülste haben eine Neigung, in höherem Alter zu degenerieren. Sie sollten deshalb früh mikroskopisch untersucht werden, um das klar zu stellen.

Dr. Carl Pfister: Die Geschwulst ist untersucht worden, und es hat sich herausgestellt, dass sie kein reines Fibrom mehr ist, sondern Sarcomzellen darin sind.

Dr. J. Rudisch: **Demonstration einer klinischen Titritirmethode der Purinkörper (Harnsäure und Xanthinbasen) im menschlichen Urin.**

(Schluss folgt.)

Therapeutische und klinische Notizen.

— v. Behring's *Bovovaccin als Mittel zur Rindertuberkulosebekämpfung.* Das Bovovaccin besteht aus getrockneten Tuberkelbazillen, welche von einer Kultur herstammen, die seit dem Jahre 1895 auf das genaueste in ihrem Verhalten gegenüber Rindern geprüft worden ist. An tausenden von Rindern, die mit dieser Kultur geimpft worden sind, ist ihre Unschädlichkeit bei der vorgeschriebenen Dosierung und Applikationsweise erwiesen. Die von einigen Autoren berichteten Fälle von sogenannter Impftuberkulosse sind nichts anderes, wie tuberkulöse Erkrankungen infolge von Infektionen vor der Schutzimpfung. Noch niemand ist imstande gewesen, bei gesunden Rindern mit dem Bovovaccin allgemeine Tuberkulose und Perlsucht zu erzeugen.

Der Uebergang von den Tuberkelbazillen des Bovovaccins in die Milch der zu Kühen herangewachsenen Impflinge ist vollkommen ausgeschlossen. Nachweislich verschwinden die Bovovaccin-Tuberkelbazillen aus dem Blut der geimpften Kälber einige Tage nach erfolgter Impfung. Da aber die Kälber-Schutzimpfung im Alter von 6 Monaten beendigt ist, so vergehen bis zum Beginn der ersten Melkperiode 1½—2 Jahre.

Die Beweise für den Nutzen der Behring'schen Kälber-Schutzimpfung gegen Tuberkulose haben mit der Zahl der Schutzimpfung und mit dem Alter der Impflinge an Ueberzeugungskraft immer mehr zugenommen.

Nach allem, was wir bis jetzt wissen, wird der Impfschutz gegenüber den Gefahren der tuberkulösen Stallinfektion nicht blos 2 Jahre — was schon jetzt feststeht —, sondern für die ganze Lebenszeit ausreichen.

Es muss zugestanden werden, dass bisher Beweise für eine lebenslängliche Immunitätsdauer allenfalls für hochimmunisierte Rinder vorliegen, aber noch nicht für typisch mit dem Bovovaccin 2 mal in jugendlichem Alter vorbehandelte Rinder, welche bis jetzt das Alter von höchstens 3 bis 4 Jahren erreicht haben. Trotzdem lässt sich jetzt schon mit grosser Wahrscheinlichkeit behaupten, dass in der Regel eine erneute Schutzimpfung in vorgeschrittenem Lebensalter nicht erforderlich sein wird.

Es steht zu erwarten, dass die durch Weide-Infektion tuberkulinüberempfindlich gewordenen Tiere sich ähnlich verhalten werden, wie absichtlich hochimmunisierte Rinder.

Bei der genwärtig so grossen Verbreitung der Rindertuberkulose werden mehr oder weniger ausgesprochene Gelegenheiten zur Infektion mit Perlsuchtvirus, und damit die Gelegenheit zur Verstärkung der Immunität, den Impflingen kaum erspart bleiben. Ist aber keine Infektionsgelegenheit da, so fällt gleichfalls die Indikation zur erneuten Immunisierung weg.

Uebrigens würden die Viehbesitzer auch dann keinen Schaden, sondern blos Vorteile von der schon jetzt in Gang gebrachten Schutzimpfung ihrer Kälber haben, wenn entgegen unserer berechtigten Erwartung aus irgend einem Grunde die Wiederholung der Schutzimpfung in einer späteren Lebensperiode ebenso indiziert sein sollte, wie das in Bezug auf die Schutzpockenimpfung beim Menschen der Fall ist.

Im Einverständnis mit v. Behring hat das Behringwerk Marburg für den Impfstoff (zuerst in Amerika) den Namen „Bovovaccin" eingeführt, um den Behring'schen Impfstoff zu unterscheiden von solchen Impfstoffen, die für die Tuberkuloseschutzimpfung anderweitig empfohlen werden.

Vom Bovovaccin ist einerseits die Unschädlichkeit und andererseits der Nutzen schon nachgewiesen worden. Seine Unschädlichkeit ist bei mehr als 30,000 intravenösen Impfungen an Rindern festgestellt, und über die Impferfolge liegen 3 Jahre alte Erfahrungen vor. Bisher sind über anderweitige Impfstoffe zum Zweck der Rindertuberkulosebekämpfung in der landwirtschaftlichen Praxis Erfahrungen von annähernd gleichem Umfange nirgends gemacht worden.

Von den aus Kaltblütern und aus Vögeln gewonnenen Tuberkelbazillen soll hier nicht die Rede sein. Es scheint, dass die in Marburg experimentell gewonnene Ueberzeugung von ihrer Ungeeignetheit für die Rindertuberkulosebekämpfung auch an anderen Orten sich mehr und mehr Bahn bricht. Besondere Betonung verdient aber die Irrtümlichkeit der Annahme, dass jeder beliebige, vom Menschen stammende Tuberkelbazillenstamm an die Stelle des Behring'schen Bovovaccins gesetzt werden kann. Es sind nämlich durchaus nicht alle vom Menschen gezüchteten Kulturen hinsichtlich ihrer krankmachenden und immunisierenden Leistungsfähigkeit gleichwertig.

Nachdem das Behring'sche Bovovaccin wissenschaftlich in ausgedehnter Weise erprobt und durch hervorragende Autoritäten auf veterinärärztlichem Gebiet in die landwirt-

schaftliche Praxis mit vielversprechendem Erfolge eingeführt worden ist, muss es sehr anmassend erscheinen, wenn Pearson in Amerika ausführliche Veröffentlichungen erst in Aussicht stellt und trotzdem von der Ueberlegenheit seiner angeblich eigenen Impfmethode spricht, obwohl ihm, wie es scheint, die Wirksamkeit des Bovovaccins nur aus der Literatur bekannt ist.

Es ist das ein ähnliches Vorgehen wie dasjenige, welches v. Behring an dem Dresdener Professor Klimmer tadelt, der sich nicht gescheut hat, allerlei auf Unkenntnis und Missverständnis beruhende Einwände gegen Behring's Schutzimpfung vorzubringen und u. a. dieses trotz der mehrjährigen Erfahrung an vielen tausend Impflingen für viel zu jung erklärt, seine Imitation der Behring'schen Methode aber, trotzdem sie kaum das Licht der Welt erblickt hat, zuversichtlich empfehlen zu dürfen glaubt.

Was schliesslich die geschäftliche Seite der Tuberkuloseschutzimpfungsfrage angeht, so hat v. Behring für seine Methode zwar keine Patente nachgesucht; trotzdem erinnert es ein wenig an Freibeuterei, wenn seine wohlerworbenen Rechte an die von ihm entdeckte Schutzimpfungsmethode von rücksichtslosen Nachahmern in Anspruch genommen werden.

— *Clavin, ein neuer, wirksamer, in Wasser löslicher Bestandtteil des Mutterkorns.* Prof. Ernst Vahlen in Halle ist es gelungen, aus dem Mutterkorn einen Stoff zu isolieren, der im Tierexperiment die Eigenschaft aufwies, kräftige Wehen hervorzurufen, und ferner 1. weder Gangrän noch Krämpfe erzeugt und 2. in Wasser löslich ist. Er nennt diesen Stoff Clavin. Es wurden dann auch Versuche mit dem Clavin am Menschen angestellt, so in der Frauenklinik der kgl. Charité in Berlin durch Geheimrat Bumm in vier Fällen und ebenso in zwei Fällen in der Universitäts-Frauenklinik zu Halle. Die Versuche fielen sämtlich positiv aus und konnte bei ihnen an der Wirksamkeit des Clavins auf den Uterus bei Wehenschwäche nicht der geringste Zweifel obwalten.

V. hat das Clavin von E. Merck in Darmstadt in Tablettenform bringen lassen und zwar in zwei verschiedenen Formen: 1. Kochsalzclavintabletten. Jede von diesen besteht aus 0,02 Clavin und 0,08 Kochsalz und löst sich in 1 ccm Wasser. Sie sind für die subkutane Injektion bestimmt. Man beginnt mit 1 ccm. 2. Clavintabletten aus Zucker, von denen ebenfalls jede 0,02 Clavin enthält. Sie sind für die innerliche Verabreichung bestimmt. (Deutsche med. Wochenschr., 1905, No. 32.)

— Ueber die *Verwendbarkeit des Sublamins in der Ohrenpraxis* berichtet Oskar Alexander aus der Universitäts-Ohrenklinik in Wien folgendes: Als Antisepticum für die Hände erwies sich das Sublamin vollkommen reizlos und für die Haut unschädlich. Desgleichen erleiden Instrumente in Kontakt mit Sublamin keine Schädigung, sofern der Nickelbelag vollkommen intakt ist. In der Verwendung als flüssiges Antisepticum bei eitrigen Otitiden wurde das Sublamin in Lösung von 1 : 1000, d. h. eine Pastille auf einen Liter Wasser und in der Form von Sublamingaze angewandt. Die letztere wurde derart hergestellt, dass kleine sterile Hydrophylgazetupfer mit 1 : 1000 Sublamin getränkt und getrocknet wurden. Im Rahmen einer sonstigen exakten Behandlung ergab das Sublamin mit einer Glas-Kautschukspritze oder mit einem Irrigator appliziert stets nach kurzer Zeit, d. h. nach 1—2 Tagen, Beseitigung des fötiden Charakters des Eiters bei chronischen Entzündungen. Gleichfalls nach kurzer Zeit, im Verlaufe der ersten Woche, konnte auch deutliche Beschränkung der Sekretion erzielt werden, ja in einzelnen Fällen nahm die Sekretion sehr rasch ab und war am 3. resp. 9. Tage vollkommen verschwunden. Die Sublamingazestreifen durchtränkten sich gut mit dem Sekret und unterstützten zweifellos besonders in der ersten Zeit durch Kontakt die antiseptische Wirkung des Sublamins auf die Paukenhöhlenschleimhaut. Als besonders günstig ist das Ausbleiben jeglicher Reizerscheinungen im Gehörgang zu verzeichnen, ja selbst bei vorhandenem Ekzem des Gehörgangs und der Ohrmuschel wurde das Sublamin anstandslos ertragen und heilte das Ekzem unter separater Behandlung vollkommen aus. Auf die Rachen- oder Nasenschleimhaut gebracht erzeugt das Sublamin lebhaftes Brennen, das in manchen Fällen bald zessierte, in einigen aber mehrere Stunden anhielt. Wenn auch toxische Wirkungen nicht zu befürchten sind, so erscheint nach A. doch bei Verwendung des Mittels in der Paukenhöhle bei weiter Tube oder in der Tube selbst Vorsicht geboten. (Monatsschr. für Ohrenheilkunde, 1905, No. 6.)

New Yorker
Medizinische Monatsschrift
Offizielles Organ der
Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.
Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, Februar, 1906. No. 2.

Bemerkungen über den Wert der Blutuntersuchung in der Diagnose.*

Von Dr. Frederic E. Sondern.

Auf dem Gebiete der Hämatologie haben während des verflossenen Jahrzehnts solche Entwickelungen stattgefunden, dass eine Kenntnis der Beschaffenheit des Blutes heutzutage für die Diagnose wie für die Prognose als notwendig anerkannt wird, ausser in den leichtesten Fällen. Es ist nicht meine Absicht, hier die in allen verschiedenen Krankheiten auftretenden Blutveränderungen der Reihe nach aufzuführen, sondern ich möchte Ihre Aufmerksamkeit nur auf eine Anzahl pathologischer Vorgänge lenken, bei denen eine Untersuchung des Blutes für den Kliniker von hohem praktischem Werte ist.

Die gegenwärtige genauere Kenntnis der geringen Unterschiede sowie der relativen Veränderungen, die in den verschiedenen Formen der Anämie aufzutreten pflegen, haben leider nur wenig, eigentlich gar kein Licht auf die Ursachenerklärung dieser Krankheiten geworfen, sie hat jedoch deren Diagnose und deren Differentialdiagnose sehr befördert, so z. B. können einfache Anämie, sekundäre Anämie, perniziöse Anämie, Anaemia splenica und Pseudoleukämie mit grösserer Genauigkeit unterschieden werden, als die frühere weniger gründliche Kenntnis der Blutveränderungen es gestattete.

In den verschiedenen Formen von akuter und chronischer Leukämie haben neuere Untersuchungen viel Lehrreiches zu Tage gefördert und die Resultate dieser Untersuchungen rechtfertigen eine gewisse Unzufriedenheit mit der gegenwärtigen klinischen Einteilung dieser Zustände. Akute lymphatische Leukämie, sowie die erst vor kurzem beschriebene akute myelogene Form dieser Krankheit weisen ein klinisches Bild auf, welches das einer akuten Infektionskrankheit simuliert, und heutzutage beruht die Differentialdiagnose auf der gewohnheitsmässigen Blutuntersuchung, wodurch ein unnötiges chirurgisches Einschreiten verhindert und die verhängnisvolle Prognose sobald als möglich gestellt wird.

Die Untersuchung des Blutes ist jedoch nicht allein in den sogenannten Blutkrankheiten selbst von grosser Wichtigkeit und hohem Werte, sondern auch in akuten Fieberzuständen, in denen das klinische Bild noch nicht klar genug ausgeprägt ist, um eine genaue Diagnose zu rechtfertigen, ist eine gewohnheitsmässige Blutuntersuchung in manchem Falle ein Wegweiser und in jedem Falle ein Trost. Diese Untersuchung gibt über den Grad der Anämie, falls sie vor-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 5. Februar 1906.

handen, Aufschluss, und obgleich die Suche nach Plasmodien, eine W i d a l probe, die Angabe der Zahl der farblosen Blutkörperchen und eine Differentialzählung derselben nicht notwendigerweise eine Diagnose ergeben, so beschränken sie diese jedoch auf ein engeres Gebiet und schliessen oft gefürchtete ernste Zustände aus.

Ein blosser Hinweis auf den Wert der Blutuntersuchung in der Suche nach den charakteristischen Organismen in Fällen von Malaria, Filariasis, Trepanosomiasis und Febris recurrens genügt.

Die Zunahme der relativen Anzahl grosser Lymphozyten, die man bei Malaria zu finden gewohnt ist, liefert einen weiteren Antrieb die Suche nicht aufzugeben, falls Plasmodien nicht sogleich gefunden werden.

In komatösen Zuständen ist die Erkenntnis, dass Hirnhautentzündungen und Gehirnabszesse i m m e r von Leukozytose und reaktiver polynukleärer Zellenvermehrung begleitet sind, dass Urämie, Coma epilepticum und Coma diabeticum m a n c h m a l Leukozytose aufweisen, während in Fällen von narkotischer- oder Alkoholvergiftung, Hysterie und vielen Geschwülsten eine Leukozytose n i e bemerkt wird, auch von diagnostischem Werte im Zusammenhang mit den klinischen Beobachtungen.

Die Anfangsstadien von Scharlachfieber stellen der richtigen Diagnose oft Schwierigkeiten in den Weg; wenn wir jedoch daran denken, dass die Krankheit immer eine ausgesprochene Leukozytose und relative polynukleäre Zellenvermehrung aufweist, so lässt sie sich eher von verschiedenen anderen äusserst leicht zu verwechselnden Ausschlag hervorbringenden Zuständen, welche diese Kennzeichen nicht aufweisen, unterscheiden.

Man hatte gehofft, dass die W i d a l probe für die frühe Diagnose in Fällen von Typhus abdominalis von grossem Werte sein würde, aber diese Hoffnung ist leider wegen der in vielen Fällen verzögerten Reaktion auf diese Probe nur zum Teil erfüllt worden. Wir dürfen jedoch nicht die Tatsache ausser acht lassen, dass Fälle von einfachem Typhus abdominalis keine Leukozytose, sondern eine relative Lymphozytose auf Grund einer Differentialzählung derselben aufweisen.

Bei Lungenentzündungen ist die Betrachtung des Blutzustandes oft in der Diagnose sowie in der Prognose von grossem Werte. Dass eine ausgesprochene Leukozytose bei zentraler Lungenentzündung und in anderen Fällen, wo die allgemeinen Symptome vorhanden, aber die physischen Erscheinungen entweder nicht charakteristisch genug sind oder gar ganz fehlen, oft die Diagnose rechtfertigt, ist schon seit geraumer Zeit anerkannt worden, und obgleich Scharlachfieber oder ein Eiterungszustand, was das Blut anbelangt, dieselben charakteristischen Merkmale aufweist, so lässt das klinische Bild von dieser Seite aus keine Verwechslung zu.

Es ist schon lange bekannt, dass das Fehlen einer Leukozytose bei der Prognose von Lungenentzündung ein sehr ernstes und gewöhnlich verhängnisvolles Zeichen ist. Seit einigen Jahren habe ich nicht nur der Zählung der farblosen Blutkörperchen, sondern auch der Differentialzählung beträchtliche Aufmerksamkeit geschenkt.

Ich möchte hier keine umständliche Beschreibung meiner Beobachtungen geben, sondern mich auf die Angabe der scheinbar gerechtfertigten Schlussfolgerung beschränken, dass nämlich die Zunahme der relativen Anzahl von polynukleären Zellen direkt auf die Schwere der toxischen Infektion weist, und dass der Grad der Leukozytose Auskunft über die Widerstandsfähigkeit gegen die toxische Infektion liefert. Mit anderen Worten: 1. Unbedeutende Zunahme des Prozentsatzes der polynukleären Zellen deutet auf geringe toxische Infektion, ohne Rücksicht auf die Zahl der farblosen Blutk;rperchen. 2. Bedeutende Zunahme des Prozentsatzes der polynukleären Zellen deutet auf schwere toxische Infektion, ohne Rücksicht auf die Zahl der farb-

losen Blutkörperchen. 3. Geringe Leukozytose verbunden mit geringer Zunahme der polynukleären Zellen, deutet auf ziemliche Widerstandsfähigkeit und geringe toxische Infektion. 4. Ausgesprochene Leukozytose, verbunden mit geringer Zunahme von polynukleären Zellen, deutet auf kräftige Widerstandsfähigkeit und geringe toxische Infektion. 5. Geringe Leukozytose, verbunden mit ausgesprochener Zunahme der polynukleären Zellen, deutet auf schwache Widerstandsfähigkeit und schwere toxische Infektion. 6. Ausgesprochene Leukozytose, verbunden mit ausgesprochener Vermehrung der polynukleären Zellen, deutet auf kräftige Widerstandsfähigkeit und schwere toxische Infektion. 7. Fehlen der Leukozytose, verbunden mit ausgesprochener Vermehrung der polynukleären Zellen, deutet auf Mangel an Widerstand und Vorhandensein von schwerer toxischer Infektion; und eine abnehmende Leukozytose, verbunden mit einem zunehmenden Prozentsatz der polynukleären Zellen, deutet auf abnehmenden Widerstand und Zunahme der toxischen Infektion. 8. Abnehmende Leukozytose, verbunden mit einem abnehmenden Prozentsatz der polynukleären Zellen, deutet auf abnehmende toxische Infektion, mit anderen Worten, auf Genesung.

Blutserumreaktionen, Agglutinationen, P f e i f f e r's Erscheinung und ähnliche Arbeiten, womit sich die Wisenschaft heutzutage beschäftigt, gehören zu den wichtigsten Forschungen in der Medizin der Gegenwart, die Resultate sind jedoch nicht bestimmt genug, um an dieser Stelle Anwendung zu finden.

Die Untersuchung des Blutes hat jedoch nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Chirurgie, in der Diagnose sowie in der Prognose, praktische Anwendung gefunden. Die willkürliche Regel, dass chirurgisches Einschreiten ausgeschlossen ist, falls der Prozentsatz von Haemoglobin unter 30 ist, sollte aus unseren Lehrbüchern ausgestrichen werden. Die Festsetzung des Haemoglobinbetrages in diesen an Farbstoff armen Proben ist eine recht unzuverlässige Sache, und Ansichten in Betreff einer Operation in Fällen von hochgradiger Anämie lassen sich viel besser auf das vollständige Blutbild gründen, als auf eine notwendigerweise unbestimmte Schätzung des Haemoglobinbetrages allein. Das bleichsüchtige Mädchen mit 30 Prozent Haemoglobin, 4½ Millionen roten Zellen, normalem Betrag an farblosen Blutkörperchen, und vielleicht eine geringe relative Lymphozytose, ist zweifellos in weit besserer Verfassung, eine notwendige Operation zu bestehen, als ein Fall von sekundärer Anämie mit 50 Prozent Haemoglobin, nur 2 Millionen roten Blutkörperchen, einer ausgesprochenen Leukopenie und einer relativen Lymphozytose.

Kryoskopie des Blutes ist eine anerkannte Methode zur Bestimmung der Nierentätigkeit, und obgleich Zirkulationsstörungen im Unterleib das Bild einer beeinträchtigten Nierentätigkeit simulieren, so ist die Methode doch im Zusammenhang mit einer gründlichen Harnanalyse von beträchtlicher Wichtigkeit.

Als diagnostische und prognostische Hilfsmittel haben Blutkulturen auch sehr an Wert gewonnen. Der gegenwärtige Stand des Wissens auf diesem Gebiete scheint darauf hinzudeuten, dass die früher erzielten negativen Resultate ungehöriger Konzentration und der infolgedessen ungenügend erscheinenden bakterientötenden Wirkung des Blutes zugeschrieben werden müssen. Wo jedoch die angewandte Technik nichts zu wünschen übrig lässt, und wo gehörige Verdünnung des flüssigen Mediums vorhanden, ist die Methode äusserst nützlich, hauptsächlich bei septischen Zuständen, aber man darf nicht die Tatsache ausser acht lassen, dass die praktische Verwertung dieses Mittels geschickte Technik und ein vollkommen eingerichtetes bakteriologisches Laboratorium erfordert.

Die physiologischen Veränderungen,

die im Blute durch Schwangerschaft und Gebären hervorgerufen werden, sind etwas genauer bekannt, so dass durch komplizierende Störungen herbeigeführte Veränderungen grösseren klinischen Wert haben, als es früher der Fall war, obgleich die zur Veröffentlichung gelangten Ergebnisse noch ziemlich dürftig sind.

Eines der wichtigsten Gebiete, auf welchem die Blutuntersuchung in der Chirurgie von Nutzen ist, ist deren Wert, um das Vorhandensein und die Schwere eines Entzündungszustandes, das Vorhandensein oder die Abwesenheit eines Eiterherdes, und die Widerstandsfähigkeit gegen die toxische Infektion, zu erkennen. Fortdauernde Beobachtungen bestätigen die Behauptung, die ich am 3. Februar vorigen Jahres vor der chirurgischen Abteilung der Akademie aufstellte, und ich kann hier nur die Schlussfolgerungen wiederholen, auf die ich bei jener Gelegenheit hinwies: 1. Ein relativer Prozentsatz von polynukleären Zellen unter 70, begleitet von einer Leukozytose in irgend einem Grade — ich habe es bis zu 40,000 beobachtet — schliesst die Anwesenheit von Gangrän oder Eiter zur Zeit der Blutuntersuchung aus, und deutet gewöhnlich auf gute Widerstandsfähigkeit gegen die toxische Infektion. 2. Ein vermehrter relativer Prozentsatz von polynukleären Zellen, begleitet von geringer oder gar keiner Leukozytose, ist nichtsdestoweniger ein unbedingtes Anzeichen für das Vorhandensein eines Entzündungszustandes, und der Prozentsatz führt uns direkt auf die Schwere der toxischen Infektion. Wie schon oben bemerkt, habe ich in keinem einzigen Falle meiner klinischen Erfahrung je Eiter oder Gangrän bei einem polynukleären Prozentsatz unter 70 beobachtet. Bei Kindern, wo der normale polynukleäre Prozentsatz niedriger ist als bei Erwachsenen, habe ich Eiter oder Gangrän bei einem Prozentsatz von 76 schon beobachtet. Bei Erwachsenen ist das Vorkommen von Eiter oder Gangrän äusserst selten, wo der Prozentsatz von polynukleären Zellen unter 80 steht, und die Wahrscheinlichkeit ihrer Anwesenheit nimmt mit dem Prozentsatze zu. Ich habe bis jetzt noch keinen Fall beobachtet, in dem nicht ein Prozentsatz an polynukleären Zellen von 86 oder darüber von einem Eiterherd oder von Gangrän begleitet war, ohne Rücksicht auf die Zahl der farblosen Blutkörperchen. Fälle von Lungenentzündung, Scharlachfieber und Erysipel sind natürlicherweise ausgeschlossen. Ein Prozentsatz von polynukleären Zellen von 90 hat immer auf eine schwere toxische Infektion hingewiesen, und obgleich ich einen Fall von 95.2 Prozent bemerkt habe, in dem Genesung auf die Operation folgte, so haben alle andere Fälle, in denen der Prozentsatz über 95 war, einen tötlichen Ausgang genommen. Der Versuch, enge, willkürliche Grenzen zu ziehen, ist gewagt, und ich möchte das auch nicht raten; aber die eben erwähnten Zahlen beruhen auf einer Erfahrung von mehr als 140 chirurgischen Fällen, die auf diese Weise vorsichtig beobachtet wurden. Diese zweite Gattung von erhöhtem polynukleärem Prozentsatz, begleitet von geringer oder gar keiner Leukozytose, ist die bei weitem interessanteste, da sie den Wert des von mir befürworteten Verfahrens besonders klar erläutert, und in diesen Fällen ist eine Operation gewöhnlich dringend nötig wegen der geringen körperlichen Widerstandsfähigkeit durch die abwesende Leukozytose gemessen. 3. Ein erhöhter relativer Prozentsatz von polynukleären Zellen, begleitet von einer ausgesprochenen Leukozytose. Die meisten Entzündungen, mit oder ohne Eiterherd, entsprechen dem spezifischen Charakter dieser Gattung. Hier, ebenso wie bei der vorhergehenden Gattung, ist der Prozentsatz von polynukleären Zellen ein verlässlicher Hinweis auf den Grad der toxischen Infektion, und die oben genannten Zahlen können hier ebensogut Anwendung finden.

Die körperliche Widerstandsfähigkeit gegen die toxische Infektion ist von grosser Wichtigkeit, und obgleich die

klinischen Befunde gewöhnlich als gute Wegweiser dienen, so darf man sich jedoch keineswegs allein darauf verlassen. Gute Widerstandsfähigkeit — ausgesprochene Leukozytose; schwache Widerstandsfähigkeit — geringe oder gar keine Leukozytose, ist die alte Regel. Wie schon erwähnt, betrachte ich die Leukozytose, begleitet von einem gegebenen Prozentsatz an polynukleären Zellen, als die beste Indikation der Widerstandsfähigkeit gegen die toxische Infektion. Nehmen wir zum Beispiel einen Patienten, der eine Entzündung ohne Eiterherd und einen polynukleären Prozentsatz von 75 aufweist. Beträgt die Leukozytose 25,000, so ist die körperliche Widerstandsfähigkeit viel besser als wenn nur 10,000 vorhanden wären. In einem anderen Falle konstatieren wir beispielsweise akute Entzündung, von einem Eiterherd begleitet, und einen polynukleären Prozentsatz von 88. Wenn die Zahl der farblosen Blutkörperchen 30,000 beträgt, so ist die körperliche Widerstandsfähigkeit viel besser, als wenn es nur 15,000 gibt. Der schwer infizierte Patient mit einem Prozentsatz von polynukleären Zellen von 92, kämpft mit grösserer Kraft und besserem Erfolge gegen seine Infektion, wenn er 40,000 Leukozyten auf 1 cmm aufweisen kann, als wenn nur 20,000 vorhanden sind, und falls die Zahl der farblosen Blutk;rperchen nur 7000 beträgt, so ist dies ein klarer Beweis dafür, dass ein Bestreben des Systems, die Infektion niederzukämpfen, gänzlich fehlt. Die Ergebnisse meiner Untersuchungen heben die Wahrheit der obigen Behautpung hervor.

Iodophilen sind bei der Schätzung des Charakters und der Heftigkeit des Entzündungszustandes meiner Meinung nach von ganz untergeordneter Bedeutung.

Um der Beschuldigung ungebührlichen Verlasses auf irgend ein Hilfsmittel vorzubeugen, werde ich mit einem guten Satze schliessen: „Der Arzt, der jede Diagnose im Laboratorium stellt, ist ebenso kurzsichtig und ist ebenso folgenschwerem Irrtum ausgesetzt, als derjenige, der das Mikroskop und die Probierröhre keiner Beachtung würdigt."

Radium und Radioaktivität in der Medizin.*

Von Hugo Lieber.

Die von allen Physikern bis vor kurzer Zeit als richtig angesehene Theorie war, dass Radium die Alpha-Strahlen, die Beta-Strahlen, die Gamma-Strahlen und die Emanationen abgab. (Siehe Seite 50, No. 2, Vol. XVI, New Yorker Med. Monatsschrift, Februar 1904.)

Es ist eine wohlbekannte Tatsache, dass die Alpha-Strahlen nur ganz minimales Durchdringungsvermögen besitzen, die Beta-Strahlen bedeutend grösseres Durchdringungsvermögen und die Gamma-Strahlen ein ganz enormes Durchdringungsvermögen haben. Die Emanationen besitzen sozusagen gar kein Durchdringungsvermögen. Die Alpha-Strahlen sowohl wie die Emanationen können kaum dünnes Seidenpapier durchdringen. Oberflächlich betrachtet scheint es für den Arzt von weniger grosser Bedeutung, ob die Art und Weise der Produktion der einzelnen Strahlungen etc. genau so ist, wie früher angenommen wurde, oder ob für den Physiker besonders wichtige Abweichungen vorliegen, jedoch fanden Pharmakologen und Biologen sehr schnell, dass die neue, doch wohl als bewiesen feststehende Theorie von grosser Bedeutung für physiologische Experimente sei. Die neue Theorie der sukzessiven Entstehung der radioaktiven Produkte etc. wurde von Ruth erford festgestellt.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 8. Januar 1906.

Die neue Theorie ist wie folgt:

Radium selbst gibt primär nur die Alpha-Strahlen und die Emanationen ab. Die Emanationen selbst geben primär wieder die Alpha-Strahlen ab.

Es ist eine feststehende Tatsache, dass alle Körper, die mit Emanationen in Berührung kommen, von einer stark radioaktiven Schicht überzogen werden. (Dies ist also auch der Fall bei Wundflächen.) Dieser radioaktive Niederschlag, der aus drei verschiedenen radioaktiven Produkten, Radium A, B, C, besteht, zersetzt sich sehr schnell und büsst schon innerhalb 24 Stunden nahezu alle Radioaktivität ein, jedoch bleibt stets ein kleiner radioaktiver Rückstand übrig. Die Radioaktivität dieses Rückstandes wächst beständig und gibt sowohl die Alpha- wie auch die Beta-Strahlen ab. Rutherford hat bewiesen, dass dieser Rückstand wiederum aus drei radioaktiven Produkten besteht, welche er Radium D, E, F genannt hat. Es wird angenommen, dass D ein nichtstrahlendes, also nicht-aktives Produkt ist, welches sehr langsam zerfällt (zur Hälfte in ca. 40 Jahren). Der Zerfall von D produziert E, welches nur Beta-Strahlen abgibt und welches wiederum innerhalb 6 Tagen zur Hälfte zerfällt, wobei F gebildet wird. F gibt nur Alpha-Strahlen ab, seine Aktivität nimmt beständig zu und erreicht die grösste Aktivität in ca. 2 bis 3 Jahren. D, E und F sind löslich in Säuren und, wenn man in diese Lösung Wismuth-Stäbchen oder Platten etc. hineintaucht, so werden dieselben sehr stark radioaktiv. Die Radioaktivität derselben ist hauptsächlich denAlpha-Strahlen zuzuschreiben. Die Radioaktivität des F zerfällt zur Hälfte in 143 Tagen. Da dasselbe vom Radio-Tellurium (Marckwald) konstatiert worden ist, so ist wohl wenig Zweifel vorhanden, dass das Radio-Tellurium und F identisch sind. F selbst ist vielleicht 3200 mal so aktiv als dasselbe Gewicht reinen Radiums.

Wie vorhin gesagt, oberflächlich erscheinen diese Unterschiede für den Arzt von weniger Wichtigkeit, aber näher betrachtet fand man, wie folgt:

Hatte man früher Radium in den alten Behältern, Glas, Gummi, Elfenbein, selbst Aluminium, so war es nur einem verschwindend geringen Prozentsatz von Alphastrahlen bei sehr dünnem Aluminium möglich, durchzudringen. Die Emanationen dagegen konnten aus keinem Behälter hervordringen, deshalb fanden die Umwandlungen der Emanationen in die sukzessiven Produkte, das ist, die Zersetzung, stets in dem Behälter statt.

Die also früher in dem Radiumbehälter produzierte Aktivität würde jetzt in oder auf der Wundfläche produziert werden und der ganze Umwandlungsprozess, sowie auch die Neubildung der Radium-Produkte würde also in solchem Falle in oder auf der Wundfläche stattfinden, wenn es uns gelingen würde, die Emanationen beständig in oder auf die Wundfläche zu bringen; das heisst mit anderen Worten, wenn es gelingen würde, Radium in solcher Form herzustellen, dass wenn der Arzt oder auch der experimentierende Biologe etc. es direkt auf den zu behandelnden Teil applizieren würde, dieser Teil und die umgebenden Wundschichten von den jetzt sozusagen freiliegenden Alpha-Strahlen bearbeitet würden, und ganz besonders so, dass die Emanationen, die beständig von dem Radium abgegeben werden, sich nicht mehr in dem Behälter, sondern auf den umgebenden Flächen niederschlagen und dort sich zersetzen, wie vorhin angeführt.

Das Problem war durchaus kein leichtes, da ja erstens die Strahlungen und Emanationen keinen bis dahin bekannten Behälter durchdringen konnten, dann war der Preis des Radiums bei ev. Verluste sehr in Betracht zu ziehen, und drittens musste die Gefahr ev. Vergiftung mit Radium und der eventl. sehr gefährlichen Konsequenzen in Betracht gezogen werden.

Nach vielfachen und langen Experimenten gelang es mir, Radium in solcher

Form herzustellen, dass der Applikation der Alpha-Strahlen sowohl wie auch der Emanationen ein technisches Hindernis praktisch nicht mehr gegenüber stand. Dass die Hauptwirkung des Radiums eine sozusagen nur Oberflächenwirkung ist, ist festgestellt. Hat man z. B. eine Schicht Radium und darunter abermals eine Schicht Radium, so können die Alphastrahlen sowie die Emanationen der unteren Schicht schon die obere Schicht nicht mehr durchdringen. Die mir gestellte Aufgabe war deshalb, Radium in sozusagen nur Oberflächenform darzustellen, gleichzeitig aber auch in solch praktischer und hantierbarer Form, dass die das Radium umgebende Schutzdecke genügend stark und dauerhaft sei, um der Zerstörung und dem Verluste des Radiums vorzubeugen, anderseits aber auch wieder dünn genug, um die Alpha-Strahlen sowohl wie die Emanationen durchzulassen. Es gelang mir schliesslich, dieses Problem zu lösen und zwar auf die folgende Art und Weise:

Ich löste Radium in einem passenden Lösungsmittel, z. B. Amylalkohol, Methylalkohol, Amylacetat, Aceton u. dergl. auf. Das Lösungsmittel muss dem Charakter des zu überziehenden Gegenstandes entsprechend geändert werden. In eine so hergestellte Radiumlösung tauchte ich Stäbchen, Platten oder beliebige Instrumente, die für den betreffenden Fall angewendet werden sollten; mit Vorliebe gebrauche ich Celluloid. Wenn ich z. B. ein Celluloidstäbchen in eine Radiumlösung (Amylalkohol, Amylacetat etc.) hineintauche und das Stäbchen dann zurückziehe, so bleibt auf dem Stäbchen eine gewisse Menge der Radiumlösung haften, die das ganze Stäbchen, so weit es eingetaucht war, überzieht. Das Lösungsmittel hat den Einfluss auf Celluloid, dasselbe etwas zu erweichen und zu lösen. Wenn nun das Lösungsmittel verdunstet, so bleibt das sich aus dem verdunsteten Lösungsmittel ausscheidende Radium als ein dünnes Film, über die eingetauchte Fläche verbreitet, zurück, das schon teilweise inkorporiert mit der aufgeweichten Oberfläche ist. Hierbei ist also der erste Schritt gelöst, ein fast gänzlich Oberfläche besitzendes Radiumstäbchen etc. produziert zu haben, denn von unteren Schichten von Radium bei dem enorm dünnen Film, ist wohl kaum mehr zu reden. Wenn jedoch das Radium-Stäbchen jetzt angewendet werden würde, so wäre grosse Gefahr vorhanden, das Radium, sei es durch Berührung mit Flüssigkeiten oder durch Reibung etc. zu verlieren. Deshalb musste ich also den eingetauchten Teil mit einer Schutzschicht umgeben, die das Radium selbst vor Zerstörung bewahrte, aber allen Strahlungen und Emanationen freien Durchgang gewährte. Dieses gelang mir schliesslich dadurch, dass ich die Stäbchen in eine speziell präparierte Kolodiumlösung hineintauchte. Diese Kolodiumlösung umzieht das ganze Radiumfilm mit einer Schutzdecke, welche unlöslich in Wasser oder in Säften des tierischen Körpers ist, welche gewöhnlichen Reibungen etc. genügend Widerstand entgegensetzt, und welche trotz all ihrer Flexibilität, Stärke etc. dünn genug ist, um die Alpha-Strahlen sowohl wie die Emanationen frei durchzulassen. Ein jeder Laie kann sich schnell davon überzeugen, dass die Strahlungen, sowie auch die Emanationen durch die Schutzdecke hindurchdringen können, und zwar wie folgt:

Legt man ein Plättchen oder ein Stäbchen mit diesem Radium-Ueberzuge auf ein phosphoreszierendes Zinksulphid-Plättchen (Sidotblende, -Schirm) und betrachtet die dann entstehende Phosphoreszenz auf dem Plättchen durch ein gutes Vergrösserungsglas, so sieht man ganz deutlich die wunderbar schönen Scintillationen wie im Crook'schen Spinthariskop. Wie wohl bekannt ist, werden diese Scintillations-Erscheinungen nur durch die Alpha-Strahlen hervorgerufen. Dies ist ein Beweis des Durchlassens der Alpha-Strahlen.

Um das Durchlassen der Emanationen zu beweisen, legt man ein Stäbchen oder

Plättchen mit Radiumüberzug in eine längere Glasröhre und schliesst die Glasröhre an beiden Enden vollständig ab. Wenn man dann dieses Stäbchen einige Stunden in der Röhre lässt und diese Röhre dann an beiden Seiten aufmacht, dabei gleichzeitig langsam und vorsichtig durch die Röhre blasend, so wird die Luft, die auf der einen Seite herauskommt, mit Emanationen geschwängert sein, was dadurch zu beweisen ist, dass man diese Luft auf ein Elektroskop einwirken lässt, welches dann schnell entladen werden wird, da die Emanationen die Luft ionisieren und dadurch also die Entladung des Elektroskops bewirken. Dass es die Emanationen sind, die diesen Effekt hervorgerufen haben, unterliegt keinem Zweifel, denn Strahlungen folgen niemals den Luftströmungen, wogegen die gasartigen Emanationen leicht von einer Stelle zur anderen geblasen werden können.

Die Wichtigkeit der so hergestellten Radiumüberzüge und deren grosser Vorteil über Radium in den alten Behältern ist wohl kaum in Frage zu stellen.

Um mit radioaktiven Substanzen, sei es Radium oder Radiumüberzügen, oder was immer es sein möge, in der Form von radioaktiven Substanzen zu arbeiten, ist ein zuverlässiges und gutes Elektroskop unbedingt notwendig. Bis vor kurzer Zeit gebrauchte man fast ausschliesslich die alten Goldblatt- oder Aluminiumblatt-Elektroskope, welche jedoch sehr grosse Nachteile haben, wie ein Jeder erfahren, der mit ihnen gearbeitet hat. Ein neues Elektroskop, in welchem alle diese Nachteile überkommen sind, wurde von Prof. Dr. F. Braun, Tübingen, erfunden. Dasselbe besteht aus einem Metallgehäuse, das auf beiden Seiten durch Glasplatten abgeschlossen ist. Diese Glasplatten können durch kleine Schrauben leicht abgenommen werden. Das Metallgehäuse ruht auf einem Dreifuss, welcher mit einer Schraube für Nivelierungszwecke versehen ist. Durch geeignete Isolatoren von Hartgummi und Bernstein ist in das Metallgehäuse eine gebogene Stahlstange eingelassen. Diese Stahlstange hält am unteren Ende die Scala. Die Stahlstange hält ebenso eine solide Aluminiumplatte (nicht Aluminiumblatt). Die Scala ist in jedem Apparat speziell und auf das genaueste geaicht.

Um das Elektroskop zu laden, reibt man z. B. ein Hartgummistäbchen mit Wolle (Aermel, Beinkleider etc.) und bringt dann dieses so mit Elektrizität geladene Stäbchen in direkte Berührung mit der Stahlstange, worauf die Elektrizität in diese Stahlstange übergeht. Da gleichartige Elektrizität abstösst, und da sowohl die Stahlstange wie auch das Aluminiumstäbchen mit derselben Elektrizität geladen werden, so wird das Aluminiumstäbchen abgestossen und steigt der Scala entlang in die Höhe u. z. soweit, um die erhaltene Ladung anzuzeigen. Bringt man nun ein radioaktives Material in die Nähe des oberen Teiles der Stahlstange (nicht in direkte Berührung) so wird die umgebende Luft ionisiert und die Elektrizität entweicht; dementsprechend also auch fällt das Aluminiumstäbchen und je nach der Geschwindigkeit wie dieses Stäbchen fällt, beurteilt man die radioaktive Stärke des Materials, welches man untersuchen will.

Die Bekämpfung narkotischer und alkoholischer Genussmitte'

Kritische Bemerkungen zu Prof. Dr. Grinnell's Pamphlet.

Von Dr. Julius Hoffmann.

Ich setze die Bekanntschaft mit der betreffenden Schrift voraus; aber auch ohne diese geht der Inhalt derselben aus meinen Bemerkungen deutlich genug hervor. Die Arbeit Grinnell's selbst ist hochinteressant, das Material fleissig gesammelt und gesichtet und steht durchaus auf wissenschaftlicher Basis. Der Autor selbst ist nichts weniger als ein Fanatiker, aber das von ihm vorgeschlagene Heilmittel zur Bekämpfung des Uebels ist ein totaler Fehlschlag und gipfelt darin, dass von Gesetzes wegen unerschwingliche Abgaben auf Alkohol, alkoholhaltige Drogen („Tonica", „Bluterzeuger" etc.) gelegt werden.

Falls ein Gesetz im Sinne des Autors passiert und auch ausgeführt würde, was bekanntlich meist nicht der Fall ist, so würden diejenigen, die seither dem Alkoholmissbrauch gefröhnt, sich dem Aether, Chloroform, Dionin u. dgl. narkotischen Mitteln, die samt und sonders leicht zu beschaffen sind, ergeben. Natürlich würde der Schmuggel, die Mondscheinbrennereien u. dgl. in ungeahnter Weise erblühen. Aether wird ja bereits von den Vornehmen sowohl hier, als auch in England missbraucht. Auf diese Weise würde ein solches Gesetz einen weiteren Beitrag zu der allgemeinen Korruption, zum Verbrechertum und Irrsinn schaffen, es würde das genaue Gegenteil der beabsichtigten Wirkung haben.

Selbstverständlich bin ich nicht zu Gunsten der „Bestrebungen" der Women's Christian Temperance Union, ebensowenig als zu Gunsten der sogenannten Reformer.

In Bezug auf Säuglingsernährung stimme ich mit dem Autor absolut nicht überein. Bier macht zwar eine volle Mutterbrust, wenn auch nicht voller Milch, so doch voller Wasser. In Ländern, wo der Biergenuss fast nicht bekannt ist, jedenfalls als Stillungsmittel für säugende Mütter gar nicht (Japan z. B.), hat man durchgehends normal genährte Säuglinge. Bier als ein flüssiges Nahrungsmittel zu betrachten, ist ein längst verlassener Standpunkt, da gewöhnliches Bier aus 90% Wasser, 4% Alkohol, 0,1% oder weniger Kohlensäure, 4—5% Extraktivstoff und 0,1—0,2% Mineralstoff besteht. Bier ist ein Genussmittel, aber keineswegs ein Nährmittel oder gar flüssiges Brod, abgesehen von seinem hohen Preise. Mit der Lösung der Trinkwasserfrage würde die Alkoholfrage übrigens, wenn auch nur zum kleinen Teil, gelöst werden.

Die Hauptsache jedoch ist und bleibt, nicht, wie man den Missbrauch narkotischer und alkoholischer Drogen durch sogenannte Gesetze unterdrückt, sondern, dass man die Ursache dieses Uebels erforscht, und dies ist ein Teil der grossen sozialen Frage.

Der Autor spricht von der Erziehung der Armen; warum betont er nicht die Erziehung der Massen. In „Sanitarien" finden wir die Opfer des Alkohol-Missbrauchs und diejenigen des Missbrauchs narkotischer Drogen. Sie gehören dem Mittelstande und der reichen Klasse an; sie sind genau so zum Verbrechen und Irrsinn praedisponiert wie die Armen u. zeugen dieselbe minderwertige Nachkommenschaft. Die exzentrische, unwissende und fanatische Frau Carolina Nation illustriert auf drastische Weise, welchen Effekt Gewalt — gesetzliche oder ungesetzliche — hat. Die Erziehung der Armen jedoch in öffentlichen Institutionen unter der Fuchtel nicht aufgeklärter Zuchtmei-

ster taugt absolut nichts. Ihre Resultate sind: Pietisten, Heuchler, falsche Patrioten, Schmarotzer, Idioten u. dgl. Wie hingegen sieht es aus mit einem reinen, unverdorbenen und aufrichtigen Charakter, wo bleibt ein breiter, menschlicher Standpunkt, und werden solche Kinder jemals fähig, zu kämpfen in Sachen der Menschheit?!

Die finanziellen Bedingungen, welche der menschlichen Gesellschaft zu Grunde liegen, sind auf die Auromanie (Geldgier) basiert und werden niemals imstande sein, die Uebel auszutilgen, gegen welche Erziehung die einzige Panacee ist. Das Geldsystem als solches ist überhaupt falsch. Das goldene Kalb Moses, das vor tausenden von Jahren angebetet wurde, wird heutzutage noch ebenso angebetet. Die Religion von heutzutage wirktnicht erzieherisch, sie ist nichts als eine blosse Auesserlichkeit, sie ist nicht eingedrungen in die Lebensführung der Menschheit. Wir machen Ansprüche, anstatt Taten zu vollbringen!

Das System der Rechtswissenschaft ist ein rückschrittliches, weil es auf Gewalt und nicht auf Erziehung gegründet ist. Es straft, baut aber nicht vor; es straft Verbrechen, welche die menschliche Gesellschaft selber erzeugt hat. Gesetz ist nichts weniger als Gerechtigkeit (summum jus summa injuria.) Der menschliche Geist hat bis heute noch kein Rechts-System entwickelt, das im Einklang mit den Instinkten der menschlichen Natur ist.

Auszüge aus der Journalliteratur.

L. Lewin: **Das Schicksal körperfremder chemischer Stoffe im Menschen und besonders ihre Ausscheidung.**

L. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: So wie der tierische Organismus gezwungen ist, für ein gedeihliches Leben sich seiner, durch den stetig tätigen körperlichen Chemismus erzeugten Verbrauchstoffe zu entledigen, so versucht er es mit fremden, ihm zugeführten chemischen Stoffen. Aus vielen Gründen vollzieht sich dieser heilsame Vorgang nicht immer in der wünschenswerten Breite, so dass Gefahren für die Gesundheit die Folge sind. Ein paar Jahrtausende lang haben deshalb Aerzte bewusst eine Therapie hiergegen angewandt, die in unserer Zeit nicht immer genügend geübt wird, trotz Erweiterung derjenigen Kenntnisse, die eine grössere Berechtigung für sie liefern, nämlich die Entleerungstherapie. Mehr als alles Streben nach spezifischen Heilmitteln und Gegengiften kann leisten und leistet, wenn überlegt gehandelt, die Therapie, deren Endziel ist, ausscheidende Organe in erhöhtem Umfang durch geeignetes, nicht schematisches, sondern individuell abgestimmtes Eingreifen zu veranlassen, mehr zu arbeiten. Ein reiches Können ist auf diesem Gebiete möglich und damit auch ein reicher Erfolg. (Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nos. 5 u. 6.)

B. Engländer (Krakau): **Die Zeit des Eintritts der ersten Menstruation nach einer Fehlgeburt.**

Die Kenntnis der Zeit des Eintritts der ersten Menstruation nach einer Fehlgeburt hat eine nicht geringe Bedeutung für den Arzt, vor allem deswegen, weil davon abhängt, ob er z. B. 4 Wochen nach einer Fehlgeburt bei einer Blutung aus den Geschlechtsteilen operativ einschreiten soll oder nicht. E. denkt hier an eine eventuelle Abrasio. Er hat nun gefunden, dass in der Regel die erste Menstruation nach einem Abort schon nach 4 Wochen sich einstellt, also nach ebenso langer Dauer, wie bei der gewöhnlichen Periode bei dem Gros gesunder Frauen; nur in einer unverhältnismässig kleinen Anzahl der Fälle kam die Periode erst in der 5. Woche

oder noch später wieder. Daraus kann man folgende Regel ableiten: Ist die Fehlgeburt nach paartägiger Blutung zum Abschluss gekommen und stellt sich erst nach längerem blutleeren Zeitraume die Menstruation ein, so hat man das Recht, diese als eine gewöhnliche Regel zu betrachten; kommen aber nach einer Fehlgeburt hier und da mit kleineren Intervallen Blutungen vor, so wird man nicht fehlgehen, wenn man annehmen wird, dass in der Gebärmutter etwas zurückgeblieben ist, was diese Blutungen verursacht. Dann ist die Anwendung der Kürette am Platze. (Zentralbl. für Gynäkologie, 1906, No. 7.)

G. Rosenfeld (Breslau): **Der Nahrungswert des Fischfleisches.**

R. kommt auf Grund vorgenommener Stoffwechselversuche zu folgendem Resultat: Das Fischfleisch hat sich im Eiweissstoffwechsel dem Rindfleisch gewachsen gezeigt; es erzeugt dasselbe Sättigungsgefühl von gleicher Dauer, es produziert die gleiche oder eine bedeutend geringere Menge von Harnsäure, es ermöglicht die gleichen Kraftleistungen wie das beste Rindfleisch. Es ist also ein vollwertiges, Rindfleisch gleichwertiges Nahrungsmittel für das bürgerliche Leben, für den athletischen Sport und auch für die Truppen des Heeres und der Marine. (Zentralbl. für innere Medizin, 1906, No. 7.)

L. Wechsler: **Zur Therapie der Seekrankheit.**

Für die Bekämpfung der Seekrankheit hält W. mit anderen Autoren besonders die Wirkung des Validols auf die Magenschleimhaut für wichtig. Durch das Validol werden die Nervenendigungen der Magenschleimhaut angeregt. Die Erregung pflanzt sich durch den sympathischen Plexus auf das epigastrische Regulierungszentrum Rosenbach's fort. Auf diese Weise erklärt sich W. die spezifische Validolwirkung gegen Nausea. Gestützt wird diese Annahme durch die Beobachtung, dass Validol sich nicht nur als Heilmittel gegen die akuten Anfälle der Seekrankheit bewährt, sondern auch als Prophylaktikum. W. hatte als Schiffsarzt im Dienste der Gesellschaft „Kosmos" ausreichende Gelegenheit, das Validol hinsichtlich seiner Beeinflussung der Seekrankheit zu prüfen. Wenn die ersten Unlusterscheinungen auftraten, gab er den Patienten 15 Tropfen Validol in einem Glas Wein, da geringe Dosen Alkohol erfahrungsgemäss günstig wirken. Hierauf liess er den Patienten sich zu Bette begeben und ruhig und tief atmen, wo möglich synchronisch mit den Schwankungen des Schiffes. Er erlebte dann gewöhnlich die Freude, den Patienten nach Ablauf einiger Stunden wohlgemut auf dem Deck zu sehen. In schwereren Fällen, bei Herzschwäche und besonders hartnäckigem Erbrechen, gab er 10 Tropfen Validol. camphorat. in Wein. Hörte das Erbrechen noch nicht auf, so wiederholte er nach einer halben Stunde diese Dosis. In einigen Fällen musste er noch eine dritte Dosis nach 2 bis 3 Stunden verabreichen, um vollkommenes subjektives und objektives Wohlbefinden zu erzielen. Von 71 Fällen, in denen er Validol verordnete, konnte er in 57 Fällen ein vollkommenes, promptes Schwinden der Beschwerden erzielen, in 9 Fällen bewirkte das Mittel eine bemerkenswerte Besserung der Symptome, die vollständig erst nach der Landung schwanden. In 5 Fällen versagte das Validol, was W. teilweise auf die schwere nervöse Belastung der betr. Patienten setzt, bei denen er auch durch andere Mittel keine Heilung erzielen konnte und daher zum Morphium seine Zuflucht nehmen musste. Besonderes Gewicht legt W. auf die Verabreichung des Validols in Wein anstatt in Wasser oder auf Zucker, da die Patienten das Validol viel lieber in Wein, vor allem in schweren Südweinen, nahmen und auch die Wirkung rascher einzutreten schien. (Wiener klin. Rundschau, 1906, No. 6.)

K. Ullmann: **Zur Wärmebehandlung der venerischen Geschwüre und anderer Ulcusaffektionen.**

Die Behandlung venerischer Geschwüre, von den meisten, auch den nicht ausschliesslich spezialistisch sich betätigenden Aerzten vielfach und

gerne ausgeübt, gehört zu den dankbarsten, den Patienten die Kunst des Arztes vielleicht am meisten zum Bewusstsein bringenden Aufgaben, wenn sie auch richtig und mit Verständnis durchgeführt wird.

Zwar werden wohl alljährlich mindestens eine oder auch mehrere neuartige Mittel, selbst Methoden beschrieben und angepriesen, doch kann man sich fast regelmässig von deren recht zweifelhaftem Werte überzeugen. Dies gilt sowohl für medikamentöse Streupulver, meist Ersatzprodukte des Jodoforms, die, gewöhnlich sehr kostspielig, diesem gegenüber, abgesehen von der angeblichen Geruchlosigkeit, keinen Vorzug haben, meist auch reizend wirken oder aber fest backende und so störende impermeable Krusten bilden, ohne dabei die für manche oberflächliche Ulcera ganz unleugbare bakterientötende und reinigende Wirkung der Jodoforms zu erreichen.

Auch ein neuestes Mittel, das von v. Mikulicz empfohlene Isoform (Para-Jodo-Anisol), das sich durch seinen Wohlgeruch und seine Reizlosigkeit, sowie durch vollständige Ungiftigkeit als Jodoformersatzmittel sonst recht gut bewähren würde, lässt bei der Behandlung schwerer, hoch virulenter, stark progredienter Ulcera venerea fast regelmässig im Stich.

Es ist selbstverständlich, dass man bei der Behandlung insbesondere von externen Erkrankungen sich oft von dem Standpunkte der Bequemlichkeit für den Kranken leiten lässt und leiten lassen muss, und es ist kein Wunder, wenn Aerzte im Drange ihrer Tätigkeit durch die Hartnäckigkeit solcher, oft recht schmerzhafter und zu Destruktionen und Narben, mitunter aber auch zur Bubonenbildung Veranlassung gebender Affektionen zu den seit altersher bekannten und beliebten rasch wirkenden Aetzmitteln ihre Zuflucht nehmen.

Wie viele Bubonen, von der hier noch gefährlicheren Argent. nitr.-Anwendung abgesehen, nur der Cuprumtherapie allein, sei es durch Aetzungen oder Umschläge mit diluierten Kupferlösungen, ihren Ursprung verdankt haben und jetzt noch verdanken, wird glücklicherweise statistisch nie erhoben werden.

Zwar gibt es ein weitaus zweckmässigeres Aetzmittel, das Acidum carbolicum liquefactum, von A. Neisser zuerst angewendet, aber auch dieses versagt nur zu oft, wen nauch die Zerfliesslichkeit des Karbolsäureschorfes weniger oft zur Retention und Bubonenbildung Veranlassung gibt. So bequem die Karbolätzungstherapie nun bei einzelnen, besonders multiplen, kleinen, scharf umschriebenen Fällen auch sein mag, so ist man schliesslich bei hartnäckigen oder tiefgreifenden Ulcera, mitunter ulzerierten Bubonen, doch oft genug genötigt, um fertig zu werden, zur gründlichen Exkochleation, selbst zur chirurgischen Entfernung (Exzision) des ganzen Geschwürsgrundes mit nachträglicher Paquelinisierung zu schreiten. Zu diesem Zwecke ist oft Narkose nötig, ja der Vorgang muss, bei ausgebreiteten Fällen, oft zwei- und mehreremale wiederholt werden, indem gar häufig in der Tiefe Reste von Infektionskeimen, die Bazillen Ducrey-Unnas, zurückgeblieben sind, die unter scheinbar ausgeheilten Oberschichten schlummernd, in Form von Pusteln, Furunkeln neuerdings die typischen Destruktionen des Ulcus venereum beginnen. In allerdings selteneren Fällen, doch noch oft genug, kommt es auch hier dazwischen zur Retention, Lymphangoitis, Lymphadenitis, Autoinokulationsulcera.

In der Privatpraxis pflegen sich die Verhältnisse keineswegs günstiger zu gestalten, was dort durch bessere Pflege, Aufmerksamkeit in der Behandlung gegenüber manchen Spitalsbehandlungen sich vielleicht günstiger gestalten könnte, wird dadurch reichlichst aufgehoben, dass die Privatkranken ihre Beschäftigung beibehalten und sich selten so regelmässig zur Untersuchung dem Arzte darbieten, als dies fast immer im Spitale erfolgt. Allen diesen Momenten gegenüber muss es als geradezu sonderbar erscheinen und auf ganz spezielle Gründe zurückgeführt werden, dass ein Verfahren, welches sich zur Behandlung der venerischen Geschwürs geradezu

als ein spezifisches, verhältnismässig ungemein rasch und absolut sicher wirkendes, gänzlich schmerzloses Heilmittel erwiesen hat, noch sehr wenig Anwendung findet, weder in den Spitälern, noch in Privatheilanstalten, noch bei praktischen Aerzten. Es ist dies die konstante Wärmebehandlung.

U. hat seit 1899 über Wesen und Technik dieses Verfahrens schon wiederholt sehr ausführliche Mitteilungen gemacht, dabei auf die Entdeckung dieser Methode durch Eduard Welander, Primararzt im St. Göranspital in Stockholm, und auf die weitere Vervollkommnung des Verfahrens durch die Konstruktion verschiedener Apparate und die Hilfsmittel zur Etablierung des konstanten Wärmeverfahrens sowohl im Krankenhause, als auch in der Privatwohnung von Kranken durch mich und andere Kollegen hingewiesen. Obwohl es Welander war, der schon im Jahre 1892 und 1893 seine ersten Versuche auf dem Wiener Dermatologenkongress zur allgemeinen Kenntnis brachte, blieb das Verfahren doch durch viele Jahre gänzlich ohne Anwendung. Daran war der etwas komplizierte, nicht transportable Wärmeapparat seines Assistenten Dr. Berlien schuld, der zu seinem Betrieb einer komplizierten Reguliervorrichtung und einer fliessenden Wasserleitung bedurfte. Auch die von Quincke vor einigen Jahren angegebenen, durch einfache Vorrichtungen approximativ regulierbaren heissen Breiumschläge, an und für sich zweifellos ein bedeutender Fortschritt in der Therapie des Gelenkrheumatismus, leisteten der Verbreitung der Wärmebehandlung, insbesondere für Hautaffektionen, keinen Vorschub.

Erst als U. durch die Bier'sche Lehre von der Bedeutung der Hyperämie als Heilmittel durchaus überzeugt, von dem Jahre 1898 angefangen sich mit diesem Teile der physikalischen Methoden, speziell für Hauttherapie, eingehender beschäftigte und die Wärmewirkung auf die Haut in ihre, ihr innewohnenden beiden Komponenten zerlegte, in die oberflächlich wirkende bakterizide und in die Tiefe wirkende, teils durch Wärmeleitung, teils durch reflektorische aktive Hyperämie hervorgerufen und die diesbezüglichen Tatsachen an verschiedensten Orten (Versammlungen und Kongressen) durch Wort und Schrift sich bekannt zu machen bemüht hatte, begann auch ein Teil der Schulmedizin sich mit dieser und anderen Methoden zur Wärmebehandlung zu befassen oder wenigstens abzufinden.

Die grosse Anzahl der dermatologischen Kliniker jedoch, darunter auch die bedeutendsten, wie z. B. der sonst dem Fortschritte gewiss nicht abgeneigte Geheimrat Neisser und sehr viele Andere, scheinen dieser Methode noch prinzipiell skeptisch oder ablehnend gegenüber zu stehen. Es ist dies um so bedauerlicher, als die Schulmedizin ganz besonders heute, in der Zeit mächtig aufstrebender Bewegung des Kurpfusherwesens und der sogenannten Naturheilverfahren in den breiten Massen des Volkes, gerade jene natürlichen Heilmethoden in sich aufnehmen und weiter ausbilden sollte, welche an und für sich rationell und wirksam sind und, von den Aerzten richtig angewendet, den Naturheilaposteln am gründlichsten ihr Agitationsmaterial zerstören würden.

Die Gründe nun, welche Welander seinerzeit veranlasst hatten, Wärme speziell bei der Behandlung weicher Schanker anzuwenden, waren folgende:

1. Eine Angabe von W. Boeck, dass das Syphilissekret, ein paar Tage lang auf 40 Grad C. erwärmt, seine Inokulabilität verliere; Boeck war Unizist, es ist augenscheinlich, dass er mit Sekret von Ulcus molle, nicht von syphilitischen Geschwüren experimentiert hat.

2. Mehrfache Beobachtungen, dass, wenn jemand, der Ulcus molle hatte, an einer Fieberkrankheit mit hoher Temperatur von 39—40 Grad erkrankte und bei dem diese hohe Temperatur einige Tage anhielt, diese Geschwüre ohne jede Lokalbehandlung sich reinigten und sogar heilten; Welander hatte dies bei Gelenkrheumatismus, Lungenentzündung u. s. w. gefunden. Diese Geschwüre reinigten sich unabhängig von der Natur dieser Fieberkrankheit;

in diesen Fällen war kein anderes gemeinsames Moment, das dies erklären konnte, als das der hohen Temperatur.

3. Welander versuchte dies experimentell zu beweisen. An Personen mit etwa 40 Grad C. Temperatur, die an Angina oder einer anderen Krankheit litten, machte er Inokulation mit Sekret von Ulcus molle — jedoch mit negativem Resultat: um diese Versuche zu kontrollieren, machte er an einer Person mit hohem Fieber eine Inokulation mit Sekret von Ulcus molle und unmittelbar darauf mit Sekret von derselben Ulcusinokulation bei einer afebrilen Person; bei der ersteren war das Resultat der Inokulation negativ, bei der letzteren positiv.

Auf Grund dieser drei Tatsachen versuchte es nun Welander, durch Vorbeileiten von Wasser bestimmter Temperatur (zirka 92 Grad C.) innerhalb gut leitender Bleiröhren, die entsprechend um die mit nur dünnen, feuchten Wattelagen bedeckten ulcerösen Flächen gelegt werden und die so nahe wie möglich an die kranken Stellen zu bringen sind, ein bis mehrere Tage lang kontinuierlich diese hohe Temperatur auf die Ulcera einwirken zu lassen und hatte damit auch vollen Erfolg. Als zweckmässig erweist es sich, vor der Wärmebehandlung eines Ulcus alle Brücken und Unterminierungen desselben nach vorhergehender Kokainisierung der Wunden mit einem scharfen Löffel oder auch durch Abwischen mit in Borlösung getauchte Wattebäuschchen zu egalisieren. Hiedurch wirkt die Wärme auf die schankröse Oberfläche überall gleichmässig bakterizid ein.

Wenn nun auch Welander glaubt und auch heute noch daran festhält, dass es bloss die Oberflächenwirkung der Wärme auf die von Bakterien durchsetzte Schichte sei, die hier als Heilfaktor in Betracht komme, so muss hier doch als zweiter, und zwar mächtiger Heilfaktor die sich ziemlich weit in die Tiefe ausbreitende kollaterale Hyperämie (Bier) angesehen werden, welche wohl weniger bei den meist ganz oberflächlichen, venerischen Geschwüren, um so mehr aber bei allen jenen tiefer greifenden, infiltrativen Prozessen, als resorpsionsbefördernd in Betracht kommt.

Es ist also nicht nötig, dass die Wärme als solche in die Tiefe dringt, sie wirkt demnach bakterizid und resorptionsbefördernd vermittels der Blutgefässe und des Blutstromes auch in die Tiefe, und es ist gewöhnlich nur eine Frage der Zeitdauer der Applikationen, um schon bei relativ etwas geringeren Temperaturgraden, aber dementsprechend längerer Applikationsdauer die Avirulisierung mancher Geschwüre, die Resorption mancher Infiltrationen zu erzielen. Bei 42 Grad, an der Haut gemessen, gelingt diese Avirulisierung in knapp 36 bis 48 Stunden auch beim hochvirulenten venerischen Ulcus am besten und regelmässig. U. verfügt seit 1899 bis heute an reichlich 100 Fällen der Spitals- und Hauspraxis, die er nach Welanders Methode mit seinen, wohl vielen Aerzten bereits bekannten und für praktische Zwecke in und ausserhalb von Anstalten modifizierten, durch verschiedene Heizquellen, wie Gas, Spiritus, Petroleum, Elektrizität, heizbaren Präzisionsapparaten, Hydrothermoregulatoren, zur Heilung gebracht hat.

Die feuchten Okklusivverbände um die Geschwüre können übrigens auch während der Behandlung auf kürzere, selbst längere Zeit abgenommen werden, d. h. es kann das Verfahren unterbrochen werden, während welcher Zeit die Kranken dann der Nahrungsaufnahme, Defäkation und sonstigen Bedürfnissen bequem nachgehen können. Am bequemsten findet die Behandlung gerade während der Nacht und im schlafenden Zustande der Patienten statt, wie sich in fast allen Fällen gezeigt hat, da das minimale schnurrende Geräusch des kleinen Motors des selbsttätigen Wärmeapparates erfahrungsgemäss nur eine einschläfernde Wirkung auf die Patienten ausübt. In grösseren Anlagen, Sanatorien etc. steht übrigens der Apparat ganz ausserhalb des Krankenzimmers. In der Zwischenpause der Behandlung — auf 1—6 Stunden ausdehnbar — wird die Geschwürsfläche mit geruchloser Borsäuregaze bedeckt. Schon nach einem halben Tage dieser Behandlung

und bei präzise eingehaltener Temperatur schwindet der nekrotische Belag und von da ab kann man deutlich die stetige Abnahme der Sekretion, aber auch der Bakterien im Sekrete verfolgen. Machen die Geschwüre durch ihren Sitz im Grunde von Falten oder innerhalb Spalten das direkte exakte Anlegen der Bleiröhren nicht gut möglich, so muss man trachten, durch fest angepresste, nasse Wattebäuschchen die zwischenliegenden, die Wärmeleitung störenden Luftschichten auszuschalten. Solche Stellen müssen, wenn sie schwer zugänglich sind und wenn es sich um viele Geschwüre handelt, mitunter einer nochmaligen, wenn auch nur eintägigen Behandlung unterzogen werden, wobei jedoch stets darauf zu achten ist, dass ein an den Geschwürsgrund gebrachtes kleines Thermometer dann die Temperatur von mindestens 41.5 Grad C. zeigt, wozu natürlich eine etwas höhere Einstellung des Regulators nötig ist. Zweckmässigerweise werden hierbei alle übrigen, der Behandlung nicht mehr bedürftigen Stellen von der hier ja überflüssigen Wärmeeinwirkung durch Verbandstoffe am besten durch kleine, trockene Gazestreifen geschützt, über welche dann die biegsamen Bleiröhren befestigt werden. Ueber die Bleigewinde legt man Billroth-Battist, welcher mit Mullbinden befestigt wird. Sind die Geschwürsflächen einmal gereinigt und von lebhaft zarten, roten Granulationen bedeckt, dann genügen einfache aseptische Dunst- oder Trockenverbände, um die noch nötige Granulationsbildung und Ueberhäutung in kurzer Zeit, meist in wenigen Tagen zu bewirken. Sitzen Geschwüre in der Analöffnung, so werden dieselben nach vorheriger Pinselung mit Kokain entweder durch Einführung einer Arzberger'schen Birne oder auch, wie es Welander tut, durch eine in den Anus eingeführte und mit feuchter Gaze umwickelte Bleischlinge bedeckt und auf diese Weise die Wärme zugeführt. Auch in virulent gewordene ulzeröse Bubonen oder Gänge werden solche Bleischlingen oder kleine Bleikonvolute, mit feuchter Watte umwickelt, eingeführt und nach oben hin möglichst dicht abgeschlossen.

Es sind nun, wie bekannt, zum Zwecke der Wärmebehandlung mannigfache kostspielige und auch zum Teile recht wohlfeile Apparate konstruiert und angepriesen worden. Dieselben liefern jedoch — soweit es sich um konstante feuchte Wärmelieferung handelt — immer nur eine bestimmte Temperatur und wenn die Apparate klein sind, auch eine durchschnittlich für derartige Behandlungen noch zu niedrige Temperatur. Da allen solchen Apparaten überdies eine Autoregulierung, selbst jede andere Regulierung als die mittels Handschraube mangelt, so ist man meist genötigt, auch bei tagelangem Gebrauche, neben diesen Apparaten geradezu stehen zu bleiben oder doch einen Wärter hinzusetzen, um die genügende Höhe und Konstanz der Temperaturen durch die ganze Dauer der Behandlung zu bewirken. Für gewisse präzise Behandlungen mit möglichst hohen Temperaturen sind solche approximativ einstellbare Wärmeapparate demzufolge von vornherein auszuschliessen und auch schon deshalb nicht verwendbar, da sie den Patienten leicht Brandwunden zuziehen.

Den einfachsten Wärmelieferungsapparat dieser Art hat im Jahre 1886 bereits Josef Leiter angegeben; derselbe ist durch keinen anderen der jetzt käuflichen wohlfeilen Apparate in Bezug auf Einfichheit und Verwendbarkeit übertroffen worden.

Will man bei schwer zugänglichen Geschwüren, Rhagadschankern an der Präputialmündung, Geschwüren an den Labien oder am Damme die Wärme ohne Apparate nur als Unterstützungsmittel anwenden, so kann dies entweder durch mehrmals im Tage aufgelegte heisse (50proz.) Kompressen, durch heisse lokale Bäder im Bidet durch je eine Viertelstunde geschehen, doch so heiss gebraucht, als es der Patient eben vertragen kann, oder endlich auch durch Anwendungen von Heissluftduschen in Kombination mit den sonst ähnlichen wundreinigenden Streupulvern, Jodoform, Isoform. Man

wird auch hiervon regelmässig eine die Heilung wesentlich befördernde Wirkung beobachten können.

Mit Hilfe dieser unterstützenden Wärmebehandlung kann man auch verschiedene, besonders aber venerische Geschwürsformen innerhalb des phimotischen und entzündlich geschwellten Präputialsackes viel früher zur Reinigung und Abheilung bringen als durch andere, nicht operative Heilmethoden. Hierzu wird am besten heisse (50 bis 55 Grad C.) Borlösung oder blassrote Hypermanganatlösung mehrmal täglich mittels eines Drainagerohres aus einem Irrigator derart in den Präputialsack einfliessen gelassen, dass alle Geschwürsteile mit der heissen Flüssigkeit in Berührung kommen. Nicht das chemische, sondern das physikalische Agens der Wärme ist dabei das Wirksame.

Dass dieses ursprünglich für das venerische Geschwür angegebene konstante Wärmeverfahren durch seine eminent bakterizide und resorptionsbefördernde Wirkung auch bei anderen ulzerösen und recht schwer heilbaren Haut- und Genitalaffektionen einen raschen kurativen Heilwert besitzt, hat U. in verschiedenen Abhandlungen ausführlich dargelegt und durch verschiedene öffentliche Krankendemonstrationen dargetan. Von besonderem Werte hat sich dasselbe zumal bei der Sycosis parasitaria in deren tiefsitzenden, knotigen Formen erwiesen, denen gegenüber bisher bekanntlich nur die chirurgische Therapie u. zw. meist auch nur mittels oftmaliger und mehrfacher Inzisionen halbwegs leistungsfähig war. Es ist nötig, auf diese hervorragende Wirkung der Wärme oftmals aufmerksam zu machen, damit auch weitere Kreise der praktischen Aerzte sich mit diesem so überaus wirksamen Heilfaktor befreunden und ihn benützen. (Blätter für klin. Hydrotherapie u. verwandte Heilmethoden, 1905, No. 11.)

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

(Schluss des Sitzungsberichtes vom 4. Dezember 1905.)

Diskussion der in der Sitzung vom 6. November gehaltenen Vorträge über die Diagnose und Behandlung der Dickdarmkrebse.

Dr. A. G. Gerster: Ich war verhindert, an der Sitzung teilzunehmen, in welcher dieser sehr wichtige und interessante Gegenstand der Frühdiagnose der Dickdarmkrebse besprochen wurde. Zwei der Herren aber, welche Vorträge gehalten hatten, waren so gütig, mir ihr Manuskript zur Verfügung zu stellen, so dass ich heute abend im Stande bin, etwas zu dem Gegenstand zu sagen und mich an der Diskussion zu beteiligen.

Der Gegenstand ist ein höchst wichtiger, eine Frühdiagnose bei einem Leiden zu geben, bei welchem nur eine Frühoperation für den Patienten das Heil verspricht. Es ist unser aller Wunsch, sobald als möglich zu eruiren, dass es sich um Krebs handelt, denn wir wissen, dass das einzige Heil für den Patienten in der Anwendung chirurgisch therapeutischer Mittel liegt. Nun ist die Frage höchst schwierig und kompliziert, wie Sie sehr klar aus dem sehr interessanten Vortrag von Dr. Stein gesehen haben. Das Verdienstliche dieses Vortrags liegt nicht so sehr in dem Teil, der darauf hindeutet, wie wir zu einer Diagnose kommen können, sondern hauptsächlich in der Beleuchtung derjenigen Punkte, wo grosse Lücken sind. Meiner Ansicht nach sind die Resultate einer Frühdiagnose so kläglich, weil der allgemeine Praktiker, wenn der Patient über ein oder das andere Frühsymptom von Darmkrebs zu klagen anfängt, diesen Patienten nicht immer einer sorgfältigen Untersuchung unterwirft. Daher bekommen wir Chirurgen so häufig Patienten zu sehen, die z. B. mit der Diagnose Peritonitis oder Appendizitis zu uns geschickt werden, und wir finden auf den ersten Blick, dass es sich um Darmkrebs handelt. Patienten mit blutenden Hämorrhoiden werden ins Hospital aufgenommen — die Einführung des Zeigefingers in den After demonstriert sofort die Gegenwart eines Krebses. Wenn wir weiterhin bedenken, dass sogar die Spätsymptome des Darmkrebses derart sind, dass ihre Gegenwart dem Patienten selbst vollständig unbekannt bleibt, dass die Krebse in ihren Spätstadien keine Schmerzen hervorrufen, dass erst eine Deterioriation des Allgemeinbefindens das hauptsächlichste Symptom ist, dass Stenose des Darms bis zu Ende fehlen kann und fehlt, dass solche Darmkrebse ein weites Lumen behalten und nicht nur flüssige, sondern dicke, harte Kotmassen ohne Schwierigkeit durchlassen, — wenn wir das alles gesehen haben und wissen, dürfen wir den allgemeinen Praktiker und den, welcher den Patienten von Anfang an zu untersuchen Gelegenheit gehabt hat, nicht beschuldigen. Ich glaube überhaupt, dass ein sehr grosses Residuum von Fällen solcher Natur ist, dass sie notwendigerweise erst dann erkannt werden, wenn es schon zu spät ist, eine Radikalbehandlung des Leidens eintreten zu lassen.

Von den Bemerkungen, die Dr. Kaufmann gemacht hat, ist mir besonders eine als sehr wichtig aufgefallen, nämlich wenn ein Patient wiederkehrende Attacken von Darmkolik bekommt, die sich in verschieden langen Intervallen manifestieren, ein Patient, der nicht an chronischer Darmaffektion leidet, dessen Darmfunktion zwischen den Attacken vollständig normal erscheint, und wenn derartige Koliken bei Patienten in mittleren Lebensjahren beobachtet werden, dass solche Patienten dann immer die Aufmerksamkeit des Arztes auf sich lenken und ihn dazu auffordern sollen, eine sehr gründliche und sorgfältige Untersuchung vorzunehmen. Wenn wir Kolik haben, wissen wir, dass die Flexura sigmoidea bei lang bestehender Colitis von Zeit zu Zeit, besonders bei Neurasthenikern, sich als ein harter Strang präsentiert und dass Kotmassen abgehen, die bleistiftdünn sind. Sehr häufig dient dieser Umstand dazu, dass nicht nur

der Verdacht auf Darmkrebs auftritt, sondern die Diagnose gemacht wird. Wenn einem solchen Patienten eine gehörige Dosis Morphin oder Opium gegeben wird, werden die Stühle sofort dicker im Durchmesser, und alle lokalen Erscheinungen verschwinden, besonders Schmerzen im Bereich der Nervi iliohypogastrici und ilioinguinales. Bei Colitis mit Schmerzen im Coecum — das sind Fälle, bei denen man irrtümlich Diagnose auf Appendizitis stellt. Wenn der Patient häufig Kolik bekommt mit Darmsteifen, die darauf hindeuten, dass eine Stenose existiert und die Dickdarmfunktion in den Intervallen normal ist und kein Schleim und Eiter in den Stühlen zu bemerken ist, das ist eine Gruppe von Fällen, die unsere Aufmerksamkeit erfordert und bei welchen wir gründlich untersuchen sollen.

Das schwierigste Kapitel der Dickdarmkrebse bilden diejenigen, die in dem unteren Teile der Flexura sigmoidea und dem obersten Teil des Rectum sitzen. Ich nehme Fälle an, wo ein Tumor existiert, der wirklich palpabel wäre, wenn man ihm auf den Leib rücken könnte. In diesen Fällen habe ich gefunden, dass die Diagnose sehr erleichtert wird dadurch, dass man den Patienten tief narkotosiert und die Oberschenkel stark auf das Becken beugt. Dadurch werden die Bauchmuskeln stark relaxiert, und wenn man nun den Zeigefinger in den Mastdarm des Patienten einführt und mit der linken Hand die Bauchdecke tief in das Becken hineindrückt, wird man finden, dass man Kontakt bekommt und infolgedessen auch kleine Tumoren palpieren kann.

Ich glaube, dass mit der sorgfältigsten Voruntersuchung sogar viele dieser Fälle von Darmkrebs unentdeckt bleiben müssen. Ich sehe ganz ab von ähnlichen Fällen, die keine Symptome machen, besonders das wichtigste der Stenose und der Darmsteifung nicht erscheinen lassen. Eine sehr grosse Proportion dieser Fälle muss und wird unentdeckt bleiben, bis die allgemeinen Erscheinungen eintreten, die entweder davon abhängen, dass das Produkt des Krebses selbst in die Zirkulation absorbiert wird und ähnliche Erscheinungen hervorruft wie das Produkt der sogen. Blutdrüsen, eine Kachexie hervorruft, oder wo der Krebs zerfällt und infolge des Zerfalls ein Infectionsprozess eintritt und septische Erscheinungen hervorruft, die sich durch Fieber, Eiterungsprozesse u. s. w. manifestieren. Dass besonders bei der Form von Krebsen, die nicht weich sind, sondern sogen. Panzerkrebse sind, die sich in ihrer Konstitution den Lippen- und Hautkrebsen nähern, die sehr lange Zeit nicht zerfallen und sehr spät Metastasen hervorrufen, die chirurgische Behandlung viel verspricht, wissen wir alle. Ich habe einen Fall in meiner Praxis, wo bei einem derartigen Krebs 11 Zoll des Dickdarms vor 18 Jahren entfernt worden sind, und der Patient ist bis heute wohl. Ein 2. Fall ist der eines Kollegen aus Mackinaw, der vor 14 Jahren eine ausgedehnte Operation durchgemacht hat und bis heute wohl ist. So sehen wir, dass die chirurgische Behandlung der harten Panzerkrebse des Dickdarms sehr viel verspricht. Sogar die palliative Behandlung ist sehr lohnend, und darum können wir sagen, je früher ein derartiger Fall erkannt wird und je früher und gründlicher er angegriffen wird, desto besser wird das Resultat sein.

Dr. F. Maass: Das Thema ist ziemlich erschöpfend behandelt worden. Ich möchte aber auf drei Punkte kurz eingehen. Dr. Gerster berührte das wichtige Symptom der Darmversteifung, welches bei der Untersuchung so oft fehlt. Ich glaube, dass es vielleicht doch häufiger eintritt, als man glaubt, dass es eben gerade, wenn man untersucht, nicht vorhanden ist. Ich habe gefunden, dass wenn eine besondere Massregel angewendet wird, Versteifung hervorgerufen werden kann, und zwar in sehr einfacher Weise. Man entleert den unteren Darmabschnitt und füllt ihn per rectum mit Wasser, nicht einmal sondern nach Art der Irrigation ¼, ½ Stunde lang und hat dabei die Hand immer auf dem Colon transversum, Colon ascendens, oder Coecum und reibt hier in ähnlicher Weise wie der Uterus nach der Entbindung gerieben

wird, um Kontractionen zu erzwingen, Die Versteifung wird dann häufig zu fühlen sein. Es müsste sich denn um Karzinome handeln, die so eng sind, dass sie gar nichts von unten durchlassen oder zu wenig strikturierend, um Hindernisse zu bilden.

Unter Umständen lässt sich auch diese Spülung benutzen, um sehr heruntergekommene Patienten wieder etwas herauszufüttern und so einer schweren Operation gewachsen zu machen. Das ist mir vor ein paar Jahren mit einer Patientin gelungen. Die Kranke war ausserordentlich heruntergekommen, so dass man sich fürchtete, ihr die Narkose zuzumuten. Schwere Ileuserscheinungen wurden durch Spülung ganz beseitigt und traten bei täglich zweimaliger Spülung trotz reichlicher Ernährung nicht wieder auf. Nach vier Wochen hatte sich die Kranke so weit erholt, dass sie die Darmresektion leicht überstand.

Der dritte Punkt, den ich noch hervorheben möchte, ist Dr. Tuttle's Besprechung der Unmöglichkeit, das Speculum in das Colon ascendens einzuführen. Ob der Grund, den er anführte, absolut beweisend ist, ist mir zweifelhaft. Er meinte, dass es ihm an der Leiche nicht gelungen sei. Beim Lebenden mit tonischem Darm sollte es doch eher möglich sein. An der Leiche hat man einen absolut schlaffen Darm, der ein leicht geführtes Speculum in keiner Weise leiten kann, so dass es sich in jeder Falte fangen muss.

Vortrag.

Dr. S. A. Knopf: **Heilstätten für tuberkulöse Patienten und deren medizinische und soziale Aufgabe.**

(Ist in der Dezembernummer dieser Monatsschr. als Originalarbeit publiziert.)

Diskussion. Dr. J. W. Brannan: (Uebersetzt.) Dr. Knopf hat ein sehr schönes Bild vom Leben im Sanatorium entworfen, aber Sie wissen wol, als die Sanatorien eingeführt wurden, hat man alles von ihnen erwartet. Jetzt hat die natürliche Reaktion eingesetzt, besonders in Frankreich. Auf dem letzten Kongress in Paris sprachen sich fast alle Redner gegen die allzugrossen Ansprüche aus, die für das Sanatorium erhoben worden sind. Die Franzosen geben höchstens zu, dass die Sanatorien nur ein Glied in der Kette derjenigen Kräfte bilden, mit denen wir die Tuberkulose bekämpfen, und das wird Ihnen wohl auch Dr. Knopf als seine Ansicht bestätigen.

Es ist die Desinfektion und die hygienische Behandlung, auf die die Franzosen so viel Gewicht legen. Professor Grancher, Dr. Knopf's Lehrer, machte darauf aufmerksam, dass vor Einführung der Sanatorien eine Reduktion von 20 Prozent eingetreten war, und dass dieser Prozentsatz nach der Einführung sich nicht wesentlich geändert hat. Hier in New York haben wir eine Reduktion von 40 Prozent gehabt ohne ein einziges Sanatorium. Die Reduktion wird anhalten, wenn wir Santorien bekommen, aber wahrscheinlich nicht in demselben Masse.

Unter den Vorteilen des Sanatoriums scheint mir der von Dr. Knopf zuerst erwähnte der wichtigste zu sein, nämlich, dass das Infektionszentrum beseitigt ist, dass der Patient an einen Ort gebracht ist, wo er Tag und Nacht frische Luft hat, Bewegung, gute Nahrung und Ruhe von Arbeit und Sorge,

Die hygienische Erziehung, die der Patient empfängt, ist ebenfalls sehr wichtig, nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für ihre Umgebung, wenn sie das Sanatorium verlassen haben. Jeder Patient ist ein Missionär der Hygiene.

Manchen erscheint die soziale Mission noch wichtiger als die hygienische, Die Patienten lernen regelmässig zu leben, sie konsumieren weniger Alkohol, lernen gute Manieren und Rücksicht für ihre Mitmenschen.

Die Gesellschaft zur Besserung der Lage der Armen, die das Hospital für tuberkulöse Kinder auf Long Island (Sea Breeze) errichtet hat, will nicht ein beständiges Hospital unterhalten, sondern nur den Vorzug des Küstenklimas für Kinder dartun. 60 tuberculöse (aber nicht lungenkrank, zumeist an Gelenktuberkulose leidend) von New York genossen dort im vorigen Jahr die Wohltat der Behandlung.

Als der Herbst kam, wollten wir die Kinder nicht in die Tenementhäuser zurückschicken, aus Furcht, sie könnten einen Rückfall bekommen. Es gelang uns, ein Gebäude zu erhalten, und so blieben die Kinder den ganzen vorigen Winter da. Tatsächlich lebten die Kinder aber wie im Freien, denn Tag und Nacht waren in allen Wards des Hospitals die Fenster offen, und den Tag über spielten die Kinder auf der Veranda. Ins Haus kommen sie nur, um zu Bett zu gehen.

Die soziale Seite ist ferner keineswegs zu unterschätzen. Viele Kinder hatten sehr schlechte Manieren und fluchten und schimpften einander, aber infolge der vortrefflichen Hausregeln waren sie bald besser gezogen, und wenn die Eltern am Sonntag kamen, um die Kinder zu besuchen, waren sie über deren gutes Betragen nicht wenig erstaunt.

Wir hoffen, dass wir eine Summe von $250,000 bekommen, um ein Hospital zu bauen, aber wir gehen noch weiter und hoffen einen grossen Platz an der Seeküste zu bekommen für alle Kinder von New York, wie in Frankreich, wo sie die Kinder zu Hunderten und Tausenden an die Küste schicken.

Dr. G. Mannheimer: Es wird heutzutage wol wenige geben, die an der medizinischen und sozialen Bedeutung der Sanatorien zweifeln. Es sind Zweifel erhoben worden, ob die Sanatorien das erfüllt haben, was sie versprechen. Es war kein Geringerer als Virchow, der gegen den Ausdruck Heilstätte protestierte als zu viel versprechend. Trotzdem wenn man die Sache unparteiisch verfolgt und die Resultate betrachtet, muss man sagen, dass die hygienisch-diätetische Behandlungsmethode das beste ist, was wir heute für die Behandlung der Tuberkulose haben.

Ich möchte noch ein paar Worte zur Beschäftigung der tuberkulösen Kranken in den Anstalten dieses Landes sagen. Es wird hier, wie auch in vielen europäischen Anstalten viel mehr Gewicht auf die Ruhe gelegt. Es sind gewichtige Stimmen für und wider die Beschäftigung tuberkulöser Kranken in Heilanstalten laut geworden. Es wird gesagt, es sei nicht genug Arbeit für solche Kranke da, oder, die Kranken wollen nicht oder die Aerzte wollen nicht, weil sie üble Folgen fürchten, die der Arbeit zur Last gelegt werden könnten. Es ist selbstverständlich, dass Kranke nicht zur Arbeit angehalten werden, die nicht dazu im Stande sind. Kein Kranker soll arbeiten, der sich nicht genügend erholt hat, der nicht fieberfrei ist, der Neigung zu Bluthusten hat. Andere sind dazu wol im Stande und der Arbeiten gibt es viele, wie z. B. Garten-, Wege-, Tischlerarbeit, Reparaturen, für Frauen Handarbeit, Tischabräumen, Geschirrwaschen u. s. w. Für geistige Arbeit sollte auch gesorgt werden, und hier möchte ich einflechten, was in Bedford geleistet wird in Bezug auf Unterricht der Kranken. Es sind da eine Anzahl ganz ungebildeter Patienten, die weder lesen noch schreiben noch englisch sprechen können. Da hat sich nun die Frau des medizinischen Leiters, Dr. Rosenberg, in bewundernswerter Weise hervorgetan. Sie erteilt Unterricht an Kinder und an Erwachsene im Sinne der Volksschulen, und ihre Unterrichtsstunden sind sehr beliebt, sie hat es sogar zuwege gebracht, dass die Patienten eine wöchentliche Zeitung herausgeben, die viele interessante und belehrende Artikel bringt. Sie hat einen literarischen Zirkel unter den Patienten eingerichtet, wo alle möglichen Debatten stattfinden. Ich möchte diese Gelegenheit benutzen, um das hochherzige Werk dieser Frau zur weiteren Kenntnis zu bringen.

Schliesslich möchte ich noch einen Punkt hervorheben. Ich glaube, dass die hygienisch-diätetische Behandlungsmethode der Lungentuberkulose für die grosse Masse der Kranken nicht genügt. Ich glaube, dass alle Aerzte das in der Praxis empfunden haben, und ich glaube nicht, dass die Resultate in den Heilanstalten der Art sind, wie sie dem oberflächlichen Beobachter erscheinen. Wir brauchen noch etwas anderes zur Heilung der Tuberkulose, das ist ein spezifisches Mittel. Die besten Kenner der Krankheit suchen danach. Die besten Sanatorien arbeiten mit spezifischen Mitteln, entweder

dem alten Koch'schen oder ihren eigenen. Deshalb glaube ich, dass die Sanatorien auch Stätten sein sollen für die Forschung nach einem spezifischen Mittel, dass allen Sanatorien, wenn sie einmal auf dem laufenden sind, Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen, um Forschungsarbeit zu tun, denn wir brauchen ein spezifisches Mittel. Wenn es gefunden sein wird, wird es die hygienisch - diätetische Behandlungsmethode nicht aufheben. Die werden wir immer brauchen, denn sie beruht auf dem gesunden Menschenverstand. Sanatorien werden wir immer brauchen, und je mehr wir haben, desto besser.

Dr. J. W. Gleitsmann: Dr. Knopf war so freundlich, meinen Namen zu nennen, und ich freue mich, dass ich ein paar Worte in einer Sache sagen kann, die mich seit vielen Jahren, früher ausschliesslich und auch jetzt noch in hohem Grade beschäftigt. Das Thema ist so ausgiebig, dass ich Dr. Knopf's Selbstbeherrschung bewundere, der sich streng im Rahmen des Vortrags gehalten hat, und ich will auch in der Diskussion versuchen, mich zu beschränken und nicht zu weitschweifig zu sein.

Ich möchte den Autor erwähnen, den auch Dr. Knopf genannt hat. Es ist für Heilstätten, die ein gutes Resultat haben wollen, von der grössten Wichtigkeit, dass sie die richtigen Fälle bekommen. Es gibt wenige Anstalten, die alle Fälle aufnehmen. Die grösste Zahl von Anstalten weisen hoffnungslose Fälle zurück. Dr. Knopf hat von Pryer gesprochen, der früher Superintendent des State Hospital for Incipient Tuberculosis war. Derselbe hat vor 2 Wochen einen Artikel veröffentlicht, in dem er in ein paar Zeilen eine Idee davon gibt, wie die Kommission die Patienten untersuchte, die ins State Hospital geschickt wurden. Die Fälle wurden als beginnende Tuberkulose bezeichnet, und soweit ich die Sache auffasse, ist diese Definition, die sehr kurz gegeben ist, vollständig richtig und dürfte auch als Richtschnur dafür dienen, welche Fälle für solche Sanatorien die besten Resultate geben. Es sind 4 Punkte: 1) beginnende Tuberkulose; 2) keine konstitutionellen Symptome, wie Diarrhoe oder andere Komplikationen; 3) wenig oder gar kein Fieber; 4) Tuberkelbazillen in geringer Zahl oder fehlend.

Nun hat Dr. Pryer gesagt, dass von den Patienten, die ins State Sanatorium geschickt wurden und hier von Aerzten untersucht waren, nur ungefähr ein Zehntel diese Bedingungen erfüllten. Bei weiterer Nachforschung ergab sich, dass auch in anderen Sanatorien der Vereinigten Staaten der Prozentsatz von beginnender Tuberkulose ganz gering ist im Verhältnis zu dem der weiter vorgeschrittenen Fälle. Die Ursachen sind mannigfach. Es liegt z. B. daran, dass der arme Mann nicht so leicht zum Arzt geht wie der vermögende Mann. In den Dispensaries ist der Andrang von Patienten zuweilen so gross, dass selbst gewissenhafte und tüchtige Aerzte nicht in der Lage sind, Fälle, die zweifelhaft sind, so genau zu untersuchen, dass sie selbst bei genügender Erfahrung die Diagnose sicher stellen können. Es ist selbst bei Privatpatienten oft sehr schwer, mit Bestimmtheit zu sagen, ob ein Fall von beginnender Tuberkulose vorliegt oder nicht.

Ein weiterer Fehler liegt darin, dass die Studenten in den medizinischen Schulen der Universitäten nicht immer so herangebildet werden, dass sie Fälle von beginnender Tuberkulose in genügender Anzahl sehen; sie bekommen vielmehr meistens Fälle von vorgeschrittener Tuberkulose zu sehen.

Ich möchte zu dem, was Dr. Knopf über verschiedene Methoden erwähnt hat, noch hinzufügen, dass z. B. in einem höheren Kurort wie Davos, wo der Winter 6—7 Monate dauert, die Patienten in der Weise abgehärtet werden, dass sie bei einer Temperatur unter Null im Freien auf dem vom Schnee gereinigten Wege auf Betten liegen. Die Insolation der Sonne ist in diesen Höhegraden so stark, dass eine angenehme Temperatur für den Patienten erzeugt wird und er auch im strengen Winter in freier Luft sein kann.

Was die Prognose betrifft, so will ich erwähnen, dass die nicht immer von dem aktuellen physischen Zustande des

Patienten abhängt, und dass auch seine psychische Disposition berücksichtigt werden muss. Ein Patient, der eine leichte Spitzentuberkulose hat, der nicht hochgradiges Fieber hat, dessen Verdauungsorgane aber weniger geeignet sind, Nahrung zu sich zu nehmen, der nervös und eigenwillig ist, der wird im grossen ganzen weniger Chance haben als ein Patient, der sogar schon leichte Herde hat, die zu Höhlenbildung Veranlassung gegeben haben, der aber ein mehr ruhiges Temperament hat und den Vorschriften des Arztes folgt.

Was die Erziehung der Patienten selbst betrifft, so hat auch hierin Davos schon seit vielen Jahren ein gutes Vorbild gegeben, indem es für regelmässige Schulen und Fortbildungsschulen für Kinder gesorgt hat.

Ich möchte zum Schluss bemerken, dass das, was ein berühmter Autor gesagt hat, auch von den tuberkulösen Patienten gilt, nämlich, dass der Mensch nicht an seiner Krankheit, sondern an seinem Charakter stirbt.

Dr. Barkan: Ich möchte mit meinen Bemerkungen nicht zudringlich sein, andererseits glaube ich, dass ich einige neue Ideen, wenn auch vielleicht exzentrischer Natur, vorbringen werde.

Es wurde auf die Bruderliebe hingewiesen. Diese basiert aber in letzter Instanz auf der Wissenschaft. Je mehr die Wissenschaft fortgeschritten ist, und je mehr wir an Zivilisation gewonnen haben, desto mehr hat diese Bruderliebe zugenommen. Wir können nicht sagen, dass jetzt Bruderliebe in Russland herrscht, und die Ursache des Mangels ist gleichzeitig der Mangel an Wissenschaft. Eine gut geleitete Hygiene ist der Ausfluss des politischen und ökonomischen Lebens, und wir können nicht in Abrede stellen, dass unser politisches Leben noch sehr viel zu wünschen übrig lässt. Während die Wissenschaft in die meisten Branchen eingedrungen ist, ist sie nicht entsprechend in das politische Leben gedrungen. Wir sehen das im Ghetto der Juden. Die Isolierung der Juden im Ghetto hat auf alle anderen Bevölkerungsklassen zurückgewirkt. Wir sehen dies auch in der Behandlung der christlichen Rasse seitens der Türken. Die Christen haben sich gehütet, Fleisch zu essen, damit nicht die türkischen Beamten ins Haus kommen und, wenn sie sie Fleisch essen sehen, ihre Steuern steigern. Solche Sachen wirken selbstverständlich auf die Hygiene.

Auch Amerika hat seine schwachen Seiten gehabt. Jedermann weiss, wie schlecht hier in New York früher die Hausordnung war. Infolge schlechter Abfuhr haben die Städte New York und Brooklyn Schaden gelitten. In Cincinnati wohnte die reichere Klasse lange im ungesunden Teil der Stadt, während sie jetzt auf dem Hügel wohnt. In San Francisco ist alles mögliche geschehen, um gegen die Hygiene zu sündigen, namentlich was die Abfuhr betrifft. So sehen wir, wie mangelnde Wissenschaft die Städte geschädigt hat.

Ueber hygienisches Reisen möchte ich noch ein Wort sagen. Man soll die Kranken nicht in die Fremde schicken, und wenn sie reisen, sollen sie per Schiff reisen. Nach Florida sollten z. B. Patienten durchaus nicht per Bahn geschickt werden. Auf der Bahn sollte aber ein System von Halteplätzen geschaffen werden, damit die Patienten nicht in einem Zug durchreisen müssen.

Nun zu etwas Neuem. Wir haben unsere Sekretion aus dem Munde, dem Kehlkopf immer ungemein beobachtet. Aber es ist bis jetzt niemand eingefallen, auch auf die Sekretion aus der Nase zu achten. Die ganze Art und Weise des Schneuzens ist heutzutage eine verfehlte. Ein Taschentuch können Sie nicht steif halten. Es ist aber ungesund und unästhetisch, wenn das Produkt des Schneuzens z. B. über den ganzen Esstisch hinwegfliegt. Ich habe schon seit Jahren die Praxis geübt, dass ich eine Zeitung vor die Nase halte, die eine steife Wand bildet, und das Produkt des Schneuzens kommt an die Zeitung, und wenn ich mit Schneuzen fertig bin, mache ich aus tissue paper Tampons und stecke sie in beide Nasenlöcher und ich habe schon oft gesehen, dass sehr irritierte Nasen durch Hineinlegen dieser Tampons sofort geheilt wurden.

Dr. S. Knopf: Zunächst möchte ich den Herren, die mir die Ehre

gaben, meinen Vortrag zu diskutieren, für deren Liebenswürdigkeit danken. Besonders möchte ich Herrn Dr. Brannan, unserem distinguierten Gast, meine Anerkennung für seine Teilnahme an der Diskussion aussprechen. Die Zeit ist zu weit vorgeschritten, als dass ich mich lange mit dem Schlusswort befassen dürfte, und ich will mich daher so kurz wie möglich halten.

Auf die Bemerkung des letzten Herrn Redners möchte ich nur sagen, dass die moderne Prophylaxe der Tuberkulose hohes Gewicht auf die Tröpfcheninfektion legt. Es wird tuberkulösen Patienten angeraten, während des Niesens oder während des sogenannten trockenen Hustens, welcher beiläufig bemerkt nie trocken ist, immer die Hand oder das Taschentuch vor Mund und Nase zu halten.

Auf Herrn Dr. Mannheimer's Bemerkungen bezüglich der Wichtigkeit der Sanatorien als Experimental-Stationen, um womöglich ein Specificum für die Tuberkulose zu finden, und dass jedes Sanatorium deshalb ein gut ausgestattetes Laboratorium haben sollte, möchte ich erwähnen, dass wir bereits hier in Amerika, in Verbindung mit dem Adirondack Cottage Sanatorium in Saranac Lake, ein vorzügliches Laboratorium besitzen. Die dort ausgeführten Arbeiten liefern bereits wichtige Beiträge zu unserer heutigen Kenntnis der Tuberkulose. Nach meinem besten Wissen wurde in jenem Laboratorium, unter der Leitung Dr. Trudeau's, die Möglichkeit der Immunisierung von Meerschweinchen gegen die Tuberkulose zuerst nachgewiesen.

Herr Dr. Gleitsmann hat Recht, wenn er sagt, dass nicht immer die richtigen Fälle in die Sanatorien gesandt werden, wenn die letzteren dazu errichtet worden sind, nur heilbare Fälle aufzunehmen. Dies liegt wol daran, weil die Frühdiagnose, besonders wenn die Tuberkulose noch geschlossen ist, selbst für den erfahrenen Diagnostiker eine schwierige ist. Wiederum muss bedacht werden, dass Frühfälle, d. h. solche Tuberkulosen, welche in Begriff sind, sich in offene zu verwandeln, von Vielen auch als heilbar betrachtet werden. Es ist nach meiner persönlichen Erfahrung ausserordentlich schwer, eine absolute Prognose zu stellen. Mein lieber Kollege Gleitsmann wird wohl auch zugeben, dass die Prognose nicht immer allein auf den Befund der Lungen ankommt. Der Zustand der oberen Luftwege, Appetit und Verdauungsfähigkeit, Gemütsstimmung und Charakter haben sehr viel mit der Prognose zu tun. „Last, but not least" müssen wir zugeben, dass die soziale Stellung des Patienten, ob er reich oder arm, und ob er sorgenlos ein oder zwei Jahre sich der Heilung widmen kann, sehr viel mit der Prognose zu tun hat. Der Reiche hat wol immer mehr Chancen als der Arme. Es ist diese soziale Anschauung der Tuberkulose, welche Philanthropen, Aerzte und die öffentlichen Behörden in den letzten zehn Jahren begeistert hat, Sanatorien für arme Schwindsüchtige zu gründen. Je mehr unbemittelten Tuberkulösen die Sanatorium-Behandlung zu Teil werden kann, um so grösser wird die Anzahl der Geheilten sein.

Mit Herrn Kollegen Mannheimer wünsche ich, dass uns bald ein Specificum beschert werden möge. Geheimrat v. Behring, welchem ich in Paris persönlich nahe zu treten die Ehre hatte, hat uns ein solches Mittel versprochen. Ob dasselbe unseren Erwartungen entsprechen wird, muss der Zukunft vorbehalten bleiben. Obgleich ich Professor Behring's Ansprache in Deutsch und Französisch gehört, glaube ich nicht im stande zu sein, Ihnen ein klares Bild von dem erwarteten Specificum vor Augen führen zu können. Wir müssen geduldig weiteren Enthüllungen v. Behring's entgegensehen. Was uns aber auch das Genie eines v. Behring bescheren möge, ich bin der festen Ueberzeugung, dass wir noch auf lange Zeit hinaus ohne die hygienische und diätetische Behandlung in geschlossenen Heilanstalten oder in dem Heime wohlhabender Patienten die Tuberkulose als Volkskrankheit nicht bekämpfen können.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. J. A. Beuermann,
prot. Sekretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

Sitzung vom 23. Februar 1906.

1) Dr. Max Heiman: **Fall von lymphatischer Leukaemie.** Meine Herren, dieses vierjährige Mädchen leidet an lymphatischer Leukaemie. Es hatte als kleines Kind Masern und Sommerdiarrhoe, war aber sonst stets gesund und entwickelte sich normal. Seit ungefähr einem Monat begann es über Leibschmerzen, Appetitlosigkeit und Schwäche zu klagen. Die Mutter bemerkte, dass der Bauch sich vergrösserte, dass sich Drüsenschwellungen entwickelten und dass das Kind blass wurde.

Status praesens: Starke Blässe, Vergrösserung sämtlicher Lymphknoten, Bauch vorgetrieben. Enorme Vergrösserung der Leber und Milz. Die Milz reicht in der Mammillarlinie bis zur Nabelhöhe, die Oberfläche ist glatt, der Rand scharf. Die Leber reicht nicht ganz bis zur Nabelhöhe, Oberfläche glatt, Rand scharf. Die übrigen Organe sind anscheinend normal. Augenhintergrund noch nicht untersucht. Blutuntersuchung ergibt folgendes: Haemoglobin 30 Prozent, rote Blutkörperchen 2,636,000. Sie zeigen nur geringe Verschiedenheiten in Grösse, indessen sind keine ausgesprochenen Makro- oder Mikrozysten vorhanden. Geringe Poikolozytose, keine kernhaltigen Zellen. Einzelne färben sich schlecht und zeigen zentrale Lücken. Weisse Blutkörperchen 89,400. Davon sind:

Polynukleäre neutrophyle.....	5.5
Eosinophile	1.0
Grosse Lymphozyten.....	49.0
Kleine Lympozyten.....	44.5
	100%

Keine mononukleären, keine Myelozyten, Verhältnis der weissen zu den roten 1:29.

Dieses ist der charakteristische Blutbefund der lymphatischen Leukaemie, und zwar handelte es sich in unserem Falle in Folge des Ueberwiegens der grossen Lymphozyten um die akute Form.

Die obige angeführte Blutuntersuchung wurde vorige Woche gemacht Eine gestern vorgenommene Untersuchung ergab ein ganz verschiedenes Bild. Es sind jetzt nur 7800 Leukozyten im Kubikmillimeter gegen 89,400 in voriger Woche, dagegen sind die einzelnen Arten der Leukozyten im selben Verhältnis, d. h. die überwiegende Mehrzahl derselben sind Lymphozyten und zwar grosse. Meine Herren, es ist eine bekannte Tatsache, dass bei interkurrierendem Fieber das Blutbild der Leukaemischen sich in auffallender Weise ändert, dass, wie in unserem Falle, die Gesamtzahl der Leukozyten sich bis zur Norm vermindert. Dies ist eine interessante und wichtige Tatsache, wichtig deshalb, weil eine im Fieberstadium vorgenommene Untersuchung leicht zu einer Fehldiagnose führen kann. Die Behandlung besteht in Darreichung von Arsen und allgemeiner roborierender Behandlung. Herrn Dr. Ziegel bin ich für die beiden Bltuntersuchungen zu Dank verpflichtet.

2) Dr. Torek: **Grosses Sarkom der Thoraxwand.** Dieses Präparat stammt von einem 29 Jahre alten Mädchen, das im November 1905 im Skin and Cancer Hospital unter meine Beobachtung kam. Sie fing vor nahezu fünf Jahren an, über Schmerzen in der linken Seite unter der Brust zu klagen. Drei Monate später entdeckte sie dort eine Geschwulst, die nach und nach zur Grösse einer Orange wuchs und am 29. Juli 1902 in einem Hospital in New Haven entfernt wurde. Die Geschwulst rezidivierte und wurde am 22. Januar 1903 abermals operiert. Vor 2 Jahren zeigte sich wieder ein Rezidiv, das sich unter Behandlung zu bessern schien bis vor 8 Monaten. Von der Zeit an wuchs die Geschwulst wieder, die Patientin verlor viel an Gewicht, und ihre Schmerzen wurden unerträglich.

St. praes.: Anaemische, schlecht ernährte Person. Linke Brust durch eine grosse Geschwult nach oben verdrängt. Die Geschwulst misst in der Linie der Rippen ungefähr 10 Zoll, in der Breite ungefähr 7 Zoll, ist hart, schmerzhaft, nicht verschieblich. Hin-

ten über dem linken unteren Lungenlappen ist der Perkussionsschall etwas gedämpft und das Atmungsgeräusch vermindert; keine Rasselgeräusche.

Trotzdem der Patientin die grosse Gefahr einer Entfernung der Geschwulst klar gemacht wird, so dringt sie dennoch auf eine weitere Operation, da sie behauptet, die Schmerzen nicht mehr aushalten zu können. Daraufhin wurde die Operation vorgenommen und der Tumor, welchen Sie hier sehen, exzidiert. Derselbe umfasst beinahe die ganze Länge der 4., 5., 6. und 7. Rippe und eine grosse Geschwulstmasse sowohl an der äusseren, als an der inneren Seite dieser Rippen. Die Operation gestaltete sich folgendermassen: Hautschnitt rings um die Geschwulst herum in gesundem Gewebe. Vertiefung des Schnittes bis in die Pleura hinein, indem die Rippen vor und hinter dem Tumor durchschnitten und die Interkostalgefässe gefasst wurden, sobald man ihnen begegnete. Ein Stück Lunge, welches mit dem Thoraxwandtumor fest verbunden war, wurde abgebunden und reseziert. Das Perikard wurde nicht verletzt; aber das ganze Herz lag so offen da, dass man es im Falle eines Herzkollapses leicht hätte mit der Hand rhythmisch komprimieren können. Die ganze Pleura und ein grosser Teil der Lunge waren mit grauweissen metastatischen Knoten besät, welche am zahlreichsten und grössten auf der diaphragmatischen Pleura waren. Die Lunge war an einigen Stellen mit der Thoraxwand verwachsen. Die grosse Operationsöffnung wurde fast ganz geschlossen, indem die Haut unterminiert und zusammengebracht wurde. Ein Gaze-Drain wurde in der Pleurahöhle belassen und am inneren Wundende herausgeleitet.

Die Patientin starb am Morgen des folgenden Tages, wahrscheinlich an Shock. Es ist eine wohlbekannte Beobachtung, dass Patienten, welche an weit verbreiteter maligner Erkrankung leiden, Operationen, sogar verhältnismässig einfache, sehr schlecht aushalten und dass ihr Ende dadurch beschleunigt wird — was ja eigentlich auch nicht zu bedauern ist. In meinem Falle waren die linke Pleura und Lunge so voll von Metastasen, dass man gewiss annehmen konnte, dass die anderen Körperhöhlen, welche man nicht sehen konnte, auch stark ergriffen waren.

Die interessante Beobachtung wurde in diesem Falle gemacht, dass während der ganzen Operation, wo die Brusthöhle doch so weit offen lag, und auch späterhin, die Atmung der Patientin nicht merklich beeinträchtigt wurde. Als ich die Patientin am Abend nach der Operation sah, zählten ihre Respirationen 18 bis 20 per Minute, und sie stiegen überhaupt nicht über 22. Dies ist von Interesse in Hinsicht auf die Methode des Operierens unter negativem Druck in der Sauerbruch'schen Kammer. Es unterliegt ja keinem Zweifel, dass letztere die ideale Methode ist bei Fällen wie dem beschriebenen. Nichtsdestoweniger zeigt der Fall, da die Atmung so wenig beeinflusst worden war, dass man auch ohne dieses Hilfsmittel die Operation nicht zu scheuen braucht. Wenn eine Operation von genügender Ausdehnung ein paar Jahre früher ausgeführt worden wäre, so hätte die Patientin eine ziemlich gute Chance gehabt, zu genesen. Die Diagnose Sarkom wurde durch die pathologische Untersuchung bestätigt.

3) Dr. A. Schapringer stellt einen 29jährigen Mann mit vollständiger **konjugierter Blicklähmung** nach oben, ebenfalls vollständiger konjugierter Blicklähmung nach links und unvollständiger konjugierter Blicklähmung nach rechts vor. Patient steht in der Hautabteilung des Deutschen Dispensary wegen Lues in Behandlung, obwohl die Anamnese in dieser Beziehung lückenhaft ist.

Vortragender erinnert daran, dass konjugierte Blicklähmung überhaupt, aber besonders konjugierte Blicklähmung nach oben äusserst selten zur Beobachtung kommt. Einen Fall von unvollständiger konjug. Blicklähmung nach oben hat Vortr. in der Sitzung vom 7. März 1904 der hiesigen Deutschen Medizinischen Gesellschaft vorgestellt, welcher einen 30jährigen

Mann betraf (Sitzungsbericht in der N. Y. Med. Monatsschr., Juni 1904).

Ausser diesen zwei Fällen des Vortragenden ist in New York bisher noch kein weiterer Fall von konjugierter Blicklähmung nach oben in irgend einer ärztlichen Gesellschaft vorgestellt worden.

4) Dr. Torek: **Fall von Xeroderma Pigemntosum mit Karzinom der Lippe.** Der Patient, welcher mit dieser seltenen Hautkrankheit behaftet ist, gehört in die Abteilung des Herrn Dr. Fox im Skin and Cancer Hospital. Er ist wegen des Lippenkarzinoms auch unter meine Beobachtung gebracht worden. Die Herren Hautspezialisten werden den Fall besser beleuchten können als ich, und ich will deshalb nur ganz kurz die charakteristischen Merkmale dieser Krankheit erwähnen. Dieselben sind: 1. Pigmentierte Flächen, Lentigines, welche in diesem Falle am Gesicht, am Hals, an der Rückenfläche von Händen und Armen, einige auch an den Beugeseiten der Arme zu sehen sind. 2. Weisse, atrophische Flecke zwischen den anderen, welche später zusammenfliessen und narbenähnliche Flecke bilden. 3. Telangiektasien, welche hier zahlreich vorhanden sind. 4. Warzenartige Verdickungen der Epidermis, hier in grösserer Anzahl an den Händen zu sehen. 5. Oberflächliche Ulzerationen und 6. Tumoren, welche entweder von den Ulzerationen oder den Warzen ausgehen. In diesem Falle befindet sich ein etwa haselnussgrosses Epitheliom links an der Unterlippe. Rechts auf der Oberlippe ist ein kleineres Epitheliom und noch einige sind auf den Wangen vorhadne. An der Nase ist die Narbe von einem früher exstirpierten Epitheliom zu sehen. Der Patient ist 23 Jahre alt und datiert den Anfang seines Leidens 12 Jahre zurück. Er ist jetzt etwa 10 Tage lang im Hospital, bekommt Schilddrüsenextrakt und X-Strahlen-Behandlung. Die kleineren Epitheliome zeigen schon Besserung, das grössere werde ich dieser Tage exstirpieren.

5) Dr. Welt-Kakels: **Fall von offenem Ductus Botalli.**

6) Dr. Mark I. Knapp: **Fall von wahrscheinlicher Stenose des Oesophagus mit Pilzwucherung.**

7) Dr. E. Gruening: **Demonstration der Killian'schen Operation für Empyem des Sinus frontalis.**

8) Dr. Bernstein: **Präparat einer schweren kongenitalen Missbildung des Herzens.**

Dr. O. Hensel, Schriftführer.

Verein Deutscher Aerzte in San Francisco.

Sitzung vom 2. Januar 1906.

1. Dr. Rosenthal: Ueber einen Fall von **Cocainvergiftung.**

Am 8. Dezember wollte ich bei einem 30jährigen, vollkommen gesunden Manne einen „Sporn am Septum" unter Cocain entfernen. Zu diesem Behufe führte ich einen Wattebausch ein, der mit 7 Tropfen einer 10prozentigen Cocainlösung getränkt war. Der Lösung waren einige Tropfen einer Adrenalinlösung 1:1000 beigefügt; der Bausch blieb einige Minuten liegen. Der Patient klagte sofort über Müdigkeit, wurde schweissbedeckt und blass, konnte seinen linken Arm nicht heben, verlor dann das Bewusstsein und war mehrere Minuten pulslos. Ich legte ihn flach auf den Rücken, injizierte ihm Strychnin, das ich allein zur Hand hatte, und schickte nach starkem Kaffee. Die Minuten, während deren der Mann pulslos dalag, ab und zu erbrechend, waren unheimlich; langsam erholte er sich aber wieder und hat keinen dauernden Schaden davon gehabt. Trotzdem aus der Literatur bekannt ist, dass Vergiftungen bei Cocain häufig vorkommen, aber ungefährlich zu sein pflegen, trotzdem vor kurzem noch Vrier in Chicago betonte, dass Cocain in starker Konzen-

tration weniger gefährlich sei als grössere Mengen einer schwachen Konzentration, müssen wir uns doch gegenwärtig halten, dass Todesfälle vorgekommen sind. So ist mir ein Fall aus Oakland bekannt, wo eine Frau einer Cocainvergiftung gelegentlich der Extraktion eines Zahnes erlag. Aus Czerny's Klinik ist ein Todesfall bekannt nach Applikation von Cocain in der Urethra. Die Absorption in der Nase ist ausserordentlich stark und wäre in diesem Falle jedenfalls noch stärker gewesen, wenn nicht Adrenalin in der Lösung gewesen wäre. Trotzdem die ganze Menge des Cocains, die zur Resorption hätte kommen können, nur 7/10 eines grain betrug, glaube ich, dass wir ohne das Adrenalin hier einen Exitus erlebt hätten; so schwer waren hier die Symptome.

Diskussion. Dr. Krotoszyner: Ich habe vor Jahren in Nitze's Klinik in Berlin einen Mann an Cocainvergiftung beim Cystoskopieren sterben sehen; allerdings war seine Blase mit 60 g einer 4prozentigen Lösung gefüllt worden. In Anbetracht der geringen Resorption von seiten der Blasenschleimhaut, war bis dahin bei dieser Verwendungsweise kein Unfall vorgekommen, doch ging Nitze daraufhin auf 30 g herab und gebraucht in der letzten Zeit nur noch Eukain, das er in 1prozentiger Lösung auch bei Verwendung grösserer Quantitäten für vollkommen ungiftig hält, trotzdem Lewin es in seiner Pharmakologie für giftiger als das Cocain erklärt. Ich mache die weitaus grösste Zahl von cystoskopischen Untersuchungen ohne Anästhesie, und wo ich etwas brauche, nehme ich Tropacocain. Neuerdings wird Novocain sehr gelobt. Eine sehr schwere Cocainvergiftung habe ich in der Praxis eines Zahnarztes, dem ich manchmal assistierte, gesehen; wir gaben sofort schwarzen Kaffee und Amylnitrit, das ich für besser als Strychnin halten möchte.

Dr. Pischel: Ein Fall wie der berichtete ist sicher sehr lehrreich, doch muss in Anbetracht der geringen Menge Cocain wohl eine Idiosynkrasie bestanden haben, Fälle, die sehr selten sind und uns nicht vom Gebrauch dieses wertvollen Mittels abhalten sollen. Allerdings muss man in der Nase besonders vorsichtig sein, auch dass das Cocain nicht in den Hals hinabläuft. Dass Patienten blass oder gar ohnmächtig werden, kommt relativ häufig vor, braucht aber durchaus nicht immer ein leichter Grad von Cocainvergiftung zu sein, da das, namentlich bei Arbeiten in der Nase auch sonst ohne die Verwendung irgend eines Anästhetikums vorkommt.

Dr. Weil: Da die Vergiftungsfälle nur bei Applikation des Mittels auf der Schleimhaut vorkommen und nicht bei subkutanen Injektionen von oft grösseren Dosen, sollte man meinen, dass abgesehen von der Resorption manchmal eine Reflexwirkung im Spiele ist, wie man sie beim Einführen eines Bougies in die nicht anästhesierte Urethra manchmal erlebt. Im übrigen glaube ich auch nicht, dass Strychnin angebracht ist.

Dr. Steltzner: Beim Chloroformtod nehmen auch einige Autoren einen Reflex von der Nasenschleimhaut an, was dazu geführt hat, die Nasenschleimhaut in gewissen Fällen vor der Narkose anästhetisch zu machen.

Dr. Rosenthal: Strychnin ist sicher nicht das richtige Antidot, aber wenn man nichts anderes zur Hand hat und der Patient minutenlang pulslos ist, würde mancher andere wohl ebenso gehandelt haben. Zwischen einfacher Ohnmacht und Cocainvergiftung ist doch ein grosser Unterschied, und Ohnmacht ist in allen den Fällen ausgeschlossen, wo Pulslosigkeit und Pupillenweite auftritt. In unserem Falle waren die Pupillen noch 12 Stunden später stark erweitert. Beim Gebrauch von Cocain bei Rückenmarksanästhesie habe ich übrigens auch verschiedentlich sehr kleinen und schnellen Puls beobachtet.

2. Dr. Krotoszyner: Ueber den heutigen Stand der **funktionellen Nierendiagnostik.**

Der Vortragende demonstriert erst eine grössere Anzahl von verschiedenen Cystoskopen, die die Entwicklung vom ersten einfachen Nitze'schen Instrument bis zu den komplizierten

modernen Operations- und Photographiercystoskopen veranschaulichen. Sodann berichtet er von den Wandlungen, die die Kryoskopie im Laufe der letzten 15 Jahre durchgemacht hat. Nur in wenigen Punkten haben die ersten Publikationen von Casper und Richter recht behalten. Immerhin hat die Kryoskopie einen grösseren Wert als ihr von manchen Seiten, z. B. Israel in Berlin zugeschrieben wird. Allerdings kommt auf eine peinlich exakte Ausführung in der Technik sehr viel an, und Fehler dürfen nicht vorkommen bei einer Rechnung, wo es sich um so kleine Zahlen handelt, die unter Umständen so viel bedeuten. Da wo die Technik erstklassig ist, steht die Kryoskopie auch in Ansehen, z. B. bei Kuemmel in Hamburg, der häufig seine Prognose auf grössere Differenzen in der Blutkryoskopie gründet.

3. Dr. Lehmann zeigt die **Roentgenplatten eines Falles von Pedodynia gonorrhoica**.

Ein Mann von etwa 30 Jahren klagt über Schmerzen in der linken Ferse, die besonders stark beim Auftreten, stets auf eine bestimmte Stelle lokalisiert sind und einem Druckpunkte an der Unterfläche des Calcaneus entsprechen. Obwohl die Schmerzen ihm erst seit den letzten Wochen grössere Beschwerden und ihn arbeitsunfähig machen, will er sie gelegentlich schon in früheren Jahren gehabt haben; er führt sie auf einen Unfall zurück, den er vor etwa 12 Jahren hatte, indem er sich eine Distorsion des Fusses zuzog und genötigt war, zwei Monate lang das Bett zu hüten. Bei Befragen ergibt sich, dass er ebenfalls vor etwa 12 Jahren seine erste Gonorrhoe hatte, die verschiedene Auflagen erlebte. Die letzte Infektion hatte er vor etwa einem Jahre; Heilung erfolgte damals binnen wenigen Wochen. Ob jetzt noch Reste einer Gonorrhoe bestehen, kann ich nicht sagen, da der Patient mir nur zur Roentgenuntersuchung zugeschickt wurde. Die Platten, die in Voraussicht des zu Erwartenden von beiden Füssen angefertigt wurden, zeigen beiderseits an der Unterfläche des Calcaneus eine Exostose, die offenbar von der Ansatzstelle der Fascia plantaris ausgeht und an der erkrankten Seite ein grösseres, zackiges Gebilde darstellt, während auf der anderen Seite nur ein zweimal kleinerer, stumpfer Ansatz vorhanden ist. Diese Exostosen als Ursache der bei Gonorrhoe häufigen Fersenschmerzen, die früher vielfach als Bursitiden gedeutet wurden, sind seit Roentgen's Entdeckung verschiedentlich nachgewiesen worden. In „John Hopkins Bulletin" wurde vor kurzer Zeit über ein halbes Dutzend dieser Fälle berichtet, von denen fünf zur Operation gelangten; dabei fand sich in einem nichts, in zweien Gonokokken in den Schnitten, und in zwei Gonokokken in Reinkultur.

Sitzung vom 6. Februar 1906.

1. Herr Nagel: **Klinische Demonstrationen:** a. Der erste Patient, den ich zeigen wollte, ist leider nicht erschienen; durch eine Verletzung des Facialis bei einer Oberkiefer-Operation hatte sich ein paralytisches Ektropium des einen Unterlides entwickelt. Bei der Untersuchung fand ich zufällig unter dem Oberlide eine flache sackartige Ausstülpung, etwa den akzessorischen Thränendrüsen entsprechend, von 1 bis 1¾ cm Ausdehnung, leicht verschieblich, mit verdickten Wänden. Da sich diese Anomalie auf beiden Augen vorfand, möchte ich diesen mir bisher noch nicht begegneten Befund als eine **Distension der akzessorischen Thränendrüsen** ansprechen.

b. Ebenfalls zufällig erhoben wurde der Befund bei dem zweiten Patienten, bei dem es sich um eine **Ophthalmoplegia ext. incompleta** zu handeln scheint; die Affektion ist doppelseitig, mehr oder weniger symmetrisch; darum lassen sich Doppelbilder nicht produzieren. Auf dem linken Auge findet sich eine geringe Ptosis, auf dem rechten eine leichte Erweiterung der Pupille; Reflexbewegung bei Lichteinfall auf beiden Seiten intakt. Die Corneae sind untersensitiv. Sehschärfe und Gesichtsfeld normal; ophthalmoskopisch nichts besonderes. Da der Mann sich der Störung nicht bewusst, lässt sich die Dauer des Be-

stehens der Affektion nicht angeben; Photographien aus früheren Jahren von sich selbst besitzt er nicht. Das einzige, was ihm und zwar erst seit einigen Jahren aufgefallen ist, ist die Ptosis. Obwohl die Ursache fraglos am Boden des 4. Ventrikels gesucht werden muss, ist die Affektion der für die beiden Seiten ziemlich weit auseinanderliegenden Kerne schwer zu verstehen. Andererseits ist die Möglichkeit vorhanden, dass die Sache nicht zentral, sondern nur muskulär ist; Fälle dieser Art, auch solche, bei denen die Autopsie absolut negativ gewesen ist, sind in der Literatur bekannt. In diesem Falle (Demonstration) sind von den Nervenspezialisten keine weiteren Zeichen allgemeiner Störung gefunden worden.

c. Der dritte Patient kam zur Poliklinik 8 Tage nach einem Faustschlage in das linke Auge; als das anfangs stark geschwollene Auge abschwoll, konnte nur Hell und Dunkel unterschieden werden. Bei der Untersuchung zeigte sich eine Streifenkeratitis, ein Bluterguss in die vordere Kammer, ein gleicher im vorderen Teile des Glaskörpers; im äusseren oberen Quadranten der Iris ein Defekt. Da die vordere Kammer ebenso tief wie die hintere, und nach Resorption der Blutung die Purkinje'schen Bildchen sichtbar waren, lag keine Linsenluxation vor. Der scheinbare Defekt der Iris nun ist kein Colobom; das Irisgewebe ist nicht prolabiert, ebenso lässt sich keine Abreissung der Iris von den Ciliarfortsätzen nachweisen, so dass es sich offenbar um eine **Einwärtsstülpung der Iris** handelt, entstanden durch Verletzung, ein Vorkommnis, wie es einige Male in der Literatur beschrieben worden ist. (Demonstration.)

Diskussion. Dr. Rosenthal: Bei Ophthalmoplegia ext. findet sich gewöhnlich ein Exophthalmus, der in dem vorgestellten Falle nicht nachweisbar ist. Die Erklärung als eine zentrale Affektion ist, wie Herr Dr. Nagel schon ausführte, sehr schwierig.

Dr. Voorsanger: Meiner Meinung nach ist die Augenaffektion in Zusammenhang mit einer allgemeinen nervösen Störung; der Mann hat gesteigerte Patellarreflexe, auch ist die Kraft des Armes links viel geringer als rechts. Ptosis und gesteigerte Reflexe sind als erste Symptome einer Tabes bekannt.

Dr. Nagel: Bezüglich des Exophthalmus möchte ich bemerken, dass es sich um eine inkomplete Ophthalmoplegie handelt; der Exophthalmus wird nur bei kompleter O. beobachtet. Bezüglich des allgemeinen Nervenstatus ist die Beobachtung des Mannes eine noch zu kurze und unvollständige, um Definitives aussagen zu können.

2. Dr. Weil: Das **Präparat einer Ileocoekaltuberkulose,** das ich demonstrieren wollte, ist leider verloren gegangen. Es handelte sich um eine 25-jährige Japanerin mit phthisischem Habitus, Tbc der linken Lunge, die seit längerer Zeit Beschwerden in der rechten Unterleibsgegend hatte. In der Ileocoekalgegend fand sich eine deutliche wurstförmige Resistenz. Ascites war nicht vorhanden, Symptome einer Peritonitis nicht ausgesprochen, Leukozytose mässig; Darmerscheinungen wechselnd. Die Diagnose einer Tuberkulose wurde durch die Operation bestätigt. Da die Patientin höchst elend und ein grösserer Eingriff nicht möglich war, wurde nach Mikulicz verfahren, der erkrankte Darmabschnitt herausgelöst, vom Mesenterium abgetrennt, herausverlagert und ans Peritoneum angenäht. Nach 3 Tagen waren Adhäsionen genügend fest, so dass die Abtrennung der erkrankten Teile vorgenommen werden konnte, was mit dem Thermokauter ohne Narkose gelang. In die nun entstandene Wunde mündete sowohl Ileum wie Coecum, einen Anus praeternaturalis bildend. Im Ileum fand sich ein tuberkulöses Geschwür von 12—14 cm Länge, etwa ¾ des Darmlumens einenhmend, ein kleineres Geschwür war im Coecum vorhanden, ein etwa nagelgrosses im Appendix, dessen tuberkulöse Natur durch die mikroskopische Untersuchung des Kollegen Ophuels festgestellt wurde.

b. Ich bin in der Lage, das Präparat eines **Karzinoms des Corpus uteri** zu zeigen, das einer Frau von 45 Jahren

entstammt, die seit einem halben Jahre über Ausfluss von leicht übel riechender Beschaffenheit und etwas rötlicher Farbe klagte. Da der Cervix vollkommen intakt ist und weder eine Beteiligung der Parametrien noch von Drüsen nachgewiesen werden konnte, ist die Prognose eine relativ günstige, da Metastasen von einem Korpuskarzinom viel später auftreten als von einem Cervixkarzinom.

Diskussion. Dr. Stelzner: Herr Kollege Weil hat, wie ich höre, per laparotomiam den Uterus entfernt; in diesen Fällen kann man heutzutage gut von der Scheide aus operieren. Ich stimme damit überein, dass man bei so frühzeitiger Diagnose eine gute Prognose stellen kann.

3. Dr. Steltzner: **Scheidennekrose nach Lysolausspülung.** Es handelt sich um eine 30jährige Patientin, die einen Abort durchgemacht hatte und im Anschluss Duschen der Scheiden mit ½-prozentiger Lysollösung vornahm. Ich wurde zu ihr gerufen wegen ausserordentlicher Schmerzen, über die sie besonders beim Urinieren klagte. Ich fand eine Nekrose des Scheideneinganges, rings um die Urethra herum. Der dunkle schmierige Belag löste sich innerhalb einer Woche etwa in grossen Fetzen los; doch kann ich bis jetzt noch nicht sagen, wie weit die Nekrose nach oben reicht, da die Sache zu schmerzhaft ist, um eine Untersuchung zu gestatten. Auf die Gefährlichkeit des Lysols ist schon von anderer Seite aufmerksam gemacht worden; die Hauptgefahr liegt meiner Meinung nach in der ungenauen Herstellung der Lösungen. Die Leute setzen dem Wasser auf gut Glück eine Quantität Lysol zu und haben meist keine Ahnung, welche Lösung resultiert; vergessen wollen wir auch nicht, dass sich Lysol sehr langsam löst, und so reines Lysol leicht in Kontakt mit der Schleimhaut kommen kann. Interessant war ferner in diesem Falle, dass das unstillbare Erbrechen, wegen dessen der Abort eingeleitet worden war und das daraufhin aufgehört hatte, nach dem Auftreten der Nekrose, die mit einer ausserordentlich starken Schwellung der Labien einherging, wieder auftrat. Ob diese Schwellung einen ähnlichen reflektorischen Einfluss ausübte, wie der schwellende Uterus, ist schwer zu sagen, aber nicht von der Hand zu weisen.

4. Dr. Voorsanger: **Demonstration einer interessanten Pneumoniekurve.** Es handelt sich um einen 31jährigen Mann, der 2 Tage vor seiner Aufnahme in die Klinik mit einem Schüttelfroste erkrankte und über Schmerzen in der Seite klagte, sonst aber keine Beschwerden, vor allem keine Atembeschwerden hatte. Beim Eintritt in die Klinik hatte er 105,2° Temperatur, 100 Puls, 26 Respiration. Im rechten Unterlappen eine unerhebliche Dämpfung mit etwas rauhem Atmen, kein Rasseln; oberhalb dieser Stelle ein ausgebreiteter Bezirk mit tympanitischem Schall. Ich zweifelte etwas an der Diagnose Pneumonie; am 5. Tage aber trat ein kritischer Temperaturabfall ein, dem allerdings ein Wiederanstieg folgte, zugleich war links eine Dämpfung nachweisbar. Das eigentümliche des Falles ist nun, dass bei diesem zweiten Anfalle eine lytische Lösung eintrat, wie die Kurve deutlich zeigt. (Demonstration der Kurve.)

Therapeutische und klinichse Notizen.

— *Zur Behandlung des Skrophuloderma und der Furunkulose* empfiehlt Vörner das Acidum carbolicum liquefactum. Die Skrophulodermen werden bis zu acht Tagen hintereinander täglich einmal tuschiert, das abgestorbene Gewebe eventuell mit scharfem Löffel ausgehoben. Zur Betupfung benutzt man eine konzentrierte Auflösung von reiner kristallisierter Karbolsäure in absolutem oder rektifiziertem Alkohol, hierauf einen indifferenten Salbenverband, unter dem der Herd je nach seiner Grösse in kürzerer oder längere Frist glatt abheilt. Bei kleinen, unerweichten Furunkeln genügt eine zentrale Betupfung mit Ac. carbol. per alkoholem liquefactum. Bei grösseren ist es zweckmässig, mit einer feinen

Nadel oder Sonde die zentral gelegenen Haarbälge, bezw. Talgdrüsenöffnungen so tief als möglich zu tuschieren. Ist wie häufig ein zentraler Kanal auffindbar, so wird das Medikament so tief als möglich mit einem der Dicke des Kanals entsprechenden Instrumente hineingebracht. Bei erweichten Knoten benutzt man die natürliche Oeffnung oder legt durch einen Einstich künstlich eine solche an, die nicht gross zu sein braucht. Die Tuschierung erfolgt einmal täglich. Oft genügt eine einzige Betupfung, manchmal hat man das Verfahren mehrere Tage hintereinander zu wiederholen. Im übrigen besteht die Behandlung darin, dass am ersten und am zweiten Tage namentlich bei erheblicher Schwellung, Umschläge verordnet, dann eine indifferente Salbe verwendet wird. (München. Med. W. Nr. 42.)

— *Behandlung des Erysipels mit Unguentum Credé.* W. Born umgrenzt das Erysipel durch gerade, mit Blaustift markierte Linien, auf denen er drei Tage hintereinander täglich eine halbe Stunde lang Ung. Credé verreiben lässt. Diese Verreibung muss in schonender Weise vorgenommen werden, falls sie ertragen werden soll. B. bezweckt damit, die erkrankten Gebiete allseitig mit einer im Unterhautbindegewebe befindlichen, möglichst dichten Schicht bakterienfeindlichen Materials zu umgeben. Genaue Instruktion des Pflegepersonals ist notwendig. Da der Erfolg in allen Fällen trotz zum Teile schwerer Formen ein durchschlagender war, empfiehlt Verf. den Kollegen das Verfahren dringend zur Nachprüfung. (Ther. d. Gegenw. u. Deutsche Praxis Nr. 22.)

— *Ueber Euchinin.* Levy hat das Euchinin in fünf Fällen von echter Influenza versucht und dabei sowohl in seiner Eigenschaft als Antipyretikum wie in seiner Wirkung auf das Allgemeinbefinden geprüft. In drei Fällen trat die antipyretische Wirkung ganz besonders scharf hervor, indem es gelang, nach Einnahme von 1.0 einmal innerhalb vier Stunden die Temperatur um fast 2 Grad (von 39.6 bis 37.8), einmal um 1 Grad (von 39.3 bis 38.3) herabzusetzen. In einem dritten Falle genügte die Dosis von 1.0 nicht, um innerhalb vier Stunden eine Temperaturherabsetzung herbeizuführen; als dann nochmals 1.0 verabreicht wurde, ging die Temperatur nach weiteren zwei Stunden um 1.5 Grad (von 39.4 bis 37.9) herunter. In diesem letzten Falle trat allerdings ziemlich heftiges Ohrensausen etwa eine Stunde nach Einnahme der zweiten Euchinindosis auf, verschwand jedoch innerhalb drei Stunden vollständig.

In den genannten drei Fällen beobachtete Levy keine unangenehmen Nebenwirkungen, der Temperaturabfall war mit Schweissausbruch ohe belästigendes Frotgefühl verbunden. Im ganzen hielt die antipyretische Wirkung nach Dosen von 1.0, beziehungsweise 2.0 Euchinin vier bis fünf Stunden an, dann stieg die Temperatur langsam, allerdings nicht bis zu der früheren Höhe, wieder empor.

In zwei anderen Fällen gab Levy das Euchinin in dreistündlichen Intervalen 0.5 Euchinin zwei Tage hindurch; dasselbe wurde, ohne Nebenwirkungen hervorzurufen, gut vertragen, wirkte nur in geringem Grade antipyretisch, aber sehr günstig auf die vorhandenen Kopf- und Muskelschmerzen.

Der günstige Einfluss des Euchinins auf die Kopfschmerzen bei Influenza veranlasste Levy, es auch in zwei Fällen von periodisch wiederkehrender, zu bestimmter Tageszeit auftretender Cephalalgia zu versuchen und auch hier wirkte das Mittel sehr erfolgreich.

Ueber unangenehmen Geschmack des Euchinins hörte Levy weder in den bis jetzt genannten Fällen Klagen, noch in zwei anderen, bei denen es sich um mit Anämie, beziehungsweise Chlorosis verbundene Symptome von Neurasthenie handelte und das Euchinin als Tonikum angewandt wurde. (Med. Neuigkeiten.)

Kleine Mitteilungen.

— Betreffs des vom 19. bis 26. April 1906 in Lissabon stattfindenden *XV. Internationalen Kongresses* gibt das Vorbereitungskomitee folgendes bekannt:

Die Titel der zur Verlesung kommenden Arbeiten sind nebst einem kurzen Resümee an das Generalsekretariat (Prof. Miguel Bombarda, Nowa Escola, Lisbonne) noch vor dem 1. März einzusenden, um die rechtzeitige Drucklegung zu ermöglichen. Anmeldungen zum Kongress werden bis zu Beginn und auch noch während desselben angenommen; um jedoch von der von den Eisenbahn- und Dampfschiffgesellschaften gewährten Preisermässigung Gebrauch machen zu können, ist sofortige Anmeldung nötig. Alle Korrespondenzen etc. sind an Prof. Miguel Bombarda in Lissabon zu richten.

Für die Teilnehmer aus den Vereinigten Staaten und Kanada empfiehlt sich folgende Reiseroute: Abfahrt von New York mit dem Norddeutschen Lloyd-Dampfer „König Albert" am 7. April; Besuch von Gibraltar, Algeciras, Sevilla etc.; Verweilen in Lissabon während der Kongresswoche und Ankunft in New York am 9. Mai. Der Preis für diese Reise, alle Kosten einbegriffen, beträgt $300 pro Person. Behufs Teilnahme an derselben wende man sich an Dr. Charles Wood Fassett, St. Joseph, Mo.

— Der 23. *Kongress für innere Medizin* findet vom 23.—26. April 1906 zu München statt unter dem Vorsitze des Herr Geheimrat v. Strümpell (Breslau). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: Die Pathologie der Schilddrüse. Referenten: Herr Friedr. Kraus (Berlin) und Herr Kocher (Bern). Herr Hering (Prag) wird am 2. Sitzungstage ein kritisches Referat über die Unregelmässigkeiten der Herztätigkeit erstatten. Vorträge haben bis jetzt angemeldet die Herren: Jacob (Cudowa): Zur fieberlosen Pneumonie der Herzkranken; Feinberg (Berlin): Die Ursache der Geschwülste und ihre Verhütung; Aronsohn (Ems-Nizza): Erhöhter Eiweissstoffwechsel im Fieber etc.; A. Bickel (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über die Magensaftsekretion beim Menschen; Pässler (Dresden): Klinische Beobachtungen bei Anurie; Dietlen (Giessen): Ueber normale Grösse und Lage des Herzens; Ebstein (Eisenach): Medizinische Bedeutung Eisenachs; P. Krause (Breslau): Ueber Lipämie im Coma diabeticum. Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13. Mit dem Kongress ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind zu richten an Herrn Professor Friedr. Müller, München, Bavariaring 6.

— *Gründer der Apollinaris-Ausfuhr gestorben.* In Lydhurst, Hayward's Heath, England, ist Herr Edward Steinkopff, der den ausgedehnten Export von Apollinaris-Wasser begründet hat und eine Zeit lang Eigentümer der St. James' Gazette gewesen ist, aus dem Leben geschieden. Der Verstorbene, welcher im 69. Lebensjahre stand, hat in seinem arbeitsreichen Leben durch seine unermüdliche Kraft, mit welcher seltener Scharfsinn gepaart war, ausserordentliche Erfolge erzielt. Er hat in Mecklenburg das Licht der Welt erblickt, sich in Frankfurt verheiratet und ist zu Anfang der 70er Jahre in eine deutsche Firma in Glasgow, Schottland, eingetreten. Bald darauf gründete er ein eigenes Geschäft, aber dieses brach zusammen, da er in die Katastrophe der „City of Glasgow Bank" hineingezogen wurde. Durch diesen Schlag nicht im Geringsten entmutigt, hielt Herr Steinkopff sofort nach einem anderen Felde der Tätigkeit auf kommerziellem Gebiet Umschau und zusammen mit Herrn George Smith von der Firma Smith, Elder & Co. verlegte er sich im Jahre 1874 auf den Export von Apollinaris-Wasser. Er war der leitende Geist des Geschäfts und unter seiner ebenso klugen wie kühnen Leitung nahm es im Laufe weniger Jahre einen gewaltigen Umfang an. Im Jahre 1897 wurde das Geschäft an den verstorbenen Frederick Gordon für die Summe von nahezu 2,000,000 Pfund Sterling verkauft. Auf Herrn Steinkopff's Anteil entfielen etwa 1,000,000 Pfund Sterling und im Besitz dieser Summe zog er sich in das Privatleben zurück Er erwarb die prächtige Besitzung Lydhurst und dort, fern von dem Lärm der Welt, verbrachte er die letzten Jahre seines Lebens. Nur selten weilte er in seinem prachtvollen Hause an Berkeley Square in London, in dem einstmals der Premier Pitt gewohnt hat.

Auch als Zeitungsherausgeber ist Herr Steinkopff mit Erfolg tätig gewesen. Er kaufte die St. James' Gazette acht Jahre nach ihrer Gründung von Herrn Hucks Gibbs und trotz seiner Zurückgezogenheit vom aktiven Geschäftsleben behielt er die Leitung des Blattes scharf im Auge. An allen Details des Journalismus nahm er das lebhafteste Interesse. Im Jahre 1903 verkaufte Herr Steinkopff die St. James' Gazette, die bald darauf mit dem Evening Standard verschmolzen wurde.

Herr Steinkopff war Mitglied des Carlton und des Conservative Club in London. Als freigebiger Kunstfreund war er weit und breit bekannt und in seinem Hause an Berkeley Square finden sich reiche Sammlungen von Kunstschätzen aller Art, Gemälde, Meisterwerke der Silberschmiedekunst u. s. w. Als in seinen späteren Jahren sein körperliches Befinden zu wünschen übrig liess, beschäftigte er sich auf seinem Landsitz in Sussex viel mit Gärtnerei, namentlich mit der Zucht von Koniferen, die dort in den seltensten Varietäten zu finden sind.

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, März, 1906. No. 3.

Atonia gastrica in Beziehung zu Chololithiasis.

Von Dr. A. Rose.

Die drei platten Muskeln der Bauchwand, der Obliquus abdominis externus, Obliquus abdominis internus und Transversus abdominis habe eine Faserrichtung, die sich derartig spitzwinkelig kreuzt, dass sie ganz besonders geschickt werden, die zylinderförmig gestaltete Bauchhöhle zu verengern.

Der Obliquus abdominis externus erstreckt sich über den seitlichen und vorderen Umfang der Bauchwand und besteht aus einem fleischigen und einem aponeurotischen Teil. In der Mittellinie des Bauches trifft die Aponeurose mit der anderen Seite zusammen, und diese Aponeurosen erzeugen, durch gegenseitige Kreuzung ihrer Fasern, die Linea alba.

Der Obliquus abdominis internus ist durch eine Bindegewebsschicht von dem Externus getrennt. Die Fasern beider Obliqui kreuzen sich spitzwinkelig. Während die grösste Anzahl der Fasern des Obliquus internus nach oben und innen zieht, begeben sich jene, welche von der Spina ossis pubis und dem Poupart'schen Bande entspringen, nach innen und die untersten sogar nach abwärts.

Der Transversus abdominis umgibt mit seinen Fasern die Bauchhöhle in der horizontalen Ebene und es müssen sich demnach seine Fasern mit denen des Obliquus internus spitzwinkelig kreuzen. Indem er gegen die vordere Bauchwand verläuft, entsteht eine dünne Aponeurose, welche hinter dem Rectus abdominis vorbei nach der Linea alba gelangt. Da, wo die Muskelfasern oben und unten weiter gegen die Mittellinie ziehen, bevor sie in die Sehne übergehen, entsteht an der Uebergangsstelle des Fleisches in die Sehne die nach aussen konvexe Linea semicircularis.

Der Musculus rectus abdominis liegt neben der Linea alba, eingeschlossen in die Aponeurosen der drei platten Bauchmuskeln. Seinen Ursprung nimmt er von der Crista ossis pubis. Im Aufsteigen nimmt der Rectus an Breite zu und ist von drei kurzen Sehnen-Inscriptiones tendineae durchsetzt. Zwei derselben befinden sich über und eine unmittelbar unter dem Nabel. Durch diese Inskriptionen zerfällt der Rectus gewissermassen in vier übereinander liegende Muskeln, deren Sehnenfasern an der vorderen Fläche mit der Scheide verwachsen und so fixe Punkte bei ihren Kontraktionen abgeben. Der Rectus setzt sich an Rippen und am Processus ensiformis fest.

Vorn wird die Scheide des Rectus in ihrer ganzen Ausdehnung durch die Aponeurose des Obliquus externus und hinten durch die des Transversus verstärkt. Die hinter dem Rectus befindliche Wand der Scheide reicht aber nicht bis zur Symphysis ossis pubis, sondern die Aponeurosen enden 6—7 cm über derselben in der Linea semilunaris, so dass von dieser Stelle bis zur Symphyse der Rectus nur von der queren Bauchfascie und dem Bauchfell begrenzt wird.

Die beiden Recti sind so gelagert, dass sie durch ihre Verkürzung in senkrechter Richtung die Wirkung der Obliqui und des Transversus unterstützen.

Das Bauchfell, die grösste seröse Haut des Körpers, verleiht der Bauchwand und den von ihm umgebenen Organen durch verschiedenartige Umhüllung die Eigenschaft der Verschiebbarkeit, während es gleichzeitig die Eingeweide befestigen hilft.

Die physiologische Funktion der Bauchwand mit ihren Muskeln, Faszien und Sehnen ist eine komplizierte, wie aus der Anordnung der Muskelfasern in verschiedenartiger Richtung ersichtlich ist, und diese Funktion besteht darin, die Baucheingeweide in ihrer physiologischen Lage zu erhalten, aber auch die Bewegungen des flüssigen Inhaltes der Eingeweide, die Sekretionen, die Absonderungen zu regulieren.

Die erschlaffte Bauchwand mit diastatischen, verlängerten Muskelfasern, erschlafften Faszien der Linea alba, Lineae semilunares, Fascia transversalis, diese atonische Bauchwand kann die Eingeweide nicht mehr oder nur unvollkommen stützen, kann nicht mehr deren Funktionen kontrollieren, infolgedessen müssen die Organe aus ihrer Lage weichen, herabsinken. Solche Ptosis hat mancherlei krankhafte Zustände zur Folge: gastrische Störungen, sekretorische sowohl als motorische, sie wirkt auf die Peristalsis, führt zu Darmbeschwerden, die Ernährung leidet früher oder später, Gallenstauung lässt sich meist auf Gastroptosie zurückführen, und Gastroptosie hängt ganz gewiss in vielen Fällen mit Uterinbeschwerden zusammen, kurz alle Unterleibsorgane: Magen, Darm, Niere, Leber, Uterus vor allem können in verschiedenartiger Weise durch Gastroptosie in Mitleidenschaft geraten. Zahlreich sind die Reflexwirkungen auf die Innervation, ja auf das Nervenzentrum, und vor allem wird die Zirkulation beeinträchtigt, denn veränderter Mechanismus der Baucheingeweide, Verlagerung derselben stört die Zirkulation durch Strangulation der Gefässe, macht sich geltend an den Nervenstämmen und den Nervenenden, ist unter Umständen die Ursache von Schmerzen. Gar manche Fälle, die als solche von Hysterie, Neurasthenie oder nervöser Dyspepsie diagnostiziert wurden, sind nichts anderes als Manifestation der Atonia gastrica.

Abnorme Druck- und Zugkräfte, die sich bei der Erschlaffung der Bauchdecken, d. h. bei Atonia gastrica geltend machen, sind in Bezug auf ihre pathologische und nosologische Bedeutung bisher im allgemeinen zu wenig erforscht und die Kräfte, deren man sich bedienen kann, abnorme Druck- und Zugkräfte zu regulieren, therapeutisch zu wenig verwertet worden. Ueber der Begeisterung für bakterielle, chemische, toxische Prozesse hat die moderne Medizin fast völlig die Bedeutung der Mechanik des Leibes vergessen. Druck- und Zugwirkungen auf die Bauchorgane spielen eine grössere Rolle in der Aetiologie verschiedener Krankheiten, als man bisher erkannt hat. Die Nahrungsaufnahme zeigt uns eine Erscheinung des Druckes: die Lageveränderung. Der gefüllte Magen schiebt benachbarte Organe zur Seite, genau dasselbe geschieht im Darm durch Kot und Luftmassen. Eine Anzahl von Herzleiden

beruht auf weiter nichts als auf dem Druck des Verdauungstraktes, der das Herz aus seiner Lage bringt. Welche Bedeutung die Stockungen von Kot, Gasen, Blut und Säften am Uebergang des Dünndarms in den Dickdarm haben, spricht sich am deutlichsten in den akuten und chronischen Infektionen aus, die sich dort abspielen. Ein gründliches Studium der Vorbedingungen aller dieser Erkrankungen wird zur Erkenntnis der Bedeutung der Atonia gastrica führen. Es sind die abnormen Druck- und Zugwirkungen, wie wir sie bei der Atonia gastrica finden, welche krankhafte Veränderungen der Zirkulation und Innervation bedingen. Man bekommt, indem man sich Klarheit über die mechanischen Veränderungen verschafft, Aufschlüsse über motorische, sensible, sekretorische Störungen, die man bisher nicht gehabt hat. Gesichtspunkte für die Therapie ergeben sich dann von selbst aus dem Abwägen der einzelnen mechanischen Kräfte gegeneinander und durch zweckmässiges Ausschalten dieses oder jenes Faktors. Durch mechanische Hilfsmittel wird man grosse Resultate erzielen können. Es handelt sich bei der Verwertung der mechanischen Kräfte darum, die Belastung zu ändern, Punkte, die zu schwer zu tragen haben, zu entlasten, die zu wenig zu tragen haben, zu belasten. Wir können dies durch Verbände, die eine Stütze geben, erreichen. Hier haben wir bei unserer Therapie eine wissenschaftliche Grundlage, die der Verwertung der Chemie in der Medizin oft fehlt. Die medikamentöse Behandlung ist häufig ein blindes Experimentieren mit unbekannten Grössen. Das lässt sich aus der medikamentösen Behandlung der Gallensteinkrankheit gegenüber der mechanischen am deutlichsten ersehen. Es ist nicht so selten, dass nach einer reichlichen Mahlzeit, wenn der Magen verhältnismässig sehr stark ausgedehnt ist, Gallensteinkoliken auftreten. Durch Ueberfüllung des Magens wird der Stein oder die Blase, in der er ruht, verschoben. Schon das kann den Anlass zu krankhaften Kontraktionen geben; noch öfters ist es aber der Fall, wenn nach Entleerung des Magens die Steine ihre Lage verändern. Sie treffen dann leicht mit ihren Kanten auf neue Stellen der Blase oder des Ausführungsganges, die den Druck des Steines nicht gewohnt sind und sich von ihm zu befreien suchen. Dies ist die Ursache, dass die Koliken so häufig nachts, wenn der Magen leer geworden, vorkommen. Lageveränderungen der Steine und, infolge dieser Lageveränderungen, Koliken entstehen bei Verstopfungen, bei Gasauftreibungen im oberen Querdarm oder Magen. Besonders ist das Auftreten von Koliken nach Entbindungen oder im letzten Moment der Schwangerschaft, wenn die Gebärmutter nach unten sinkt, ja die Fälle kommen nicht selten vor, wo die Anfälle regelmässig mit der Periode eintreten, als sichere Folge der Druckschwankungen. D. Groddeck von Baden-Baden, der sich über die mechanischen Kräfte im menschlichen Körper in Schwenninger's Aerzteschule ausgesprochen, und dem ich in obigen Ausführungen über diesen Gegenstand entnommen, hegt die Vermutung, dass die Brunnenkuren bis zu einem gewissen Grade rein mechanisch durch die Wassermengen wirken, die durch ihren Druck und dessen Aufhören die Steine bewegen. Diese Beobachtungen geben den Weg zur Behandlung von Gallensteinen an. Es ist mir aufgefallen, dass gerade Groddeck kein Wort über die allerrationellste Behandlung durch den Heftpflasterverband sagt. Der Stein ist ja an sich gleichgültig, so lange er nicht in Bewegung gerät, das beweist schon das allgemein verbreitete Vorkommen der Konkremente gegenüber dem seltenen Auftreten der Koliken. Die Druckschwankung, die ihn aufrührt, muss vermieden werden, das

lässt sich am besten durch den Heftpflasterverband erreichen. In der Tat habe ich die günstige Wirkung dieses Verbandes bei Gallensteinkoliken zu beobachten Gelegenheit gehabt und bin meinen Erfahrungen nach zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Anlegung dieses Verbandes das rationellste Mittel bei Gallensteinkolik ist, solange keine dringende Indikation für Operation vorliegt, und dass es das erste sein sollte, das man versuchen sollte.

Man hatte geglaubt, dass Gallenstauung zu steinbildendem Katarrh der Schleimhaut der Gallenblase führen könne, weil die Galle ein starkes protoplasmatisches Gift sei, dass Zersetzung der Galle die Steinbildung begünstige. Jetzt ist man der Ansicht, dass der wesentlichste Faktor bei solcher Steinbildung die Anwesenheit von Bakterien ist. Bei Chololithiasis enthält die Galle Mikroorganismen. Stauung führt zu Infektion der gestauten Galle, bei Infektion der Galle mit Bazillenkulturen, wie man sie experimentell an Tieren erzeugt hat, kommt es wohl zur Cholocystitis, aber nicht zur Steinbildung, wenn nicht zugleich Gallenstauung besteht. Man nimmt jetzt allgemein an, dass zwei Bedingungen vorhanden sein müssen, wenn sich Gallensteine bilden sollen: Mikroorganismen und Gallenstauung.

Bei Gastroptosie kommt es zu Zirkulationsstörungen aller Art und so auch zu Gallenstauung. Es liegt nahe, anzunehmen, dass die Behandlung der Gastroptosie durch den Heftpflasterverband das rationellste Prophylaktikum gegen Gallenstauung und somit gegen Gallensteinbildung sein kann.

Kann chronische Dyspepsie geheilt werden?*

Von Dr. Mark I. Knapp, New York.

Ganz allgemein herrscht die Ansicht, dass der chronische Dyspeptiker verloren ist, aber nach meiner Erfahrung sind die besten Aussichten für dessen Genesung vorhanden. Der folgende Vortrag soll eine Revue meiner früheren Arbeiten sein, mit einigen Zusätzen, die die Darmstörungen betreffen. Ich will damit betonen, dass ich nicht etwa alle möglichen Ursachen der Dyspepsie meine.

Chronische Dyspepsie ist bedingt durch Organacidia gastrica, Organacidia enterica, Insufficientia pylori oder durch Zusammenwirken dieser Zustände.

Das wichtigste Moment, das bei Betrachtung von Krankheiten des Ernährungskanals uns immer vorschweben muss, ist die Tatsache, dass der Magendarmkanal sowohl in seinen physiologischen als auch pathologischen Funktionen unter dem Einflusse der Gesetze der Physik und der Chemie steht. Um die physiologischen und pathologischen Zustände des Magendarmkanals richtig zu verstehen, müssen wir uns vor allem folgende Tatsachen klar machen. Der Magen-Darmkanal ist ein sehr elastisches Rohr, das teils frei beweglich im Abdominalraume liegt, teils an mehreren Stellen mit anderen Gebilden fest verbunden ist. Das Darmrohr enthält stets Flüssigkeiten und Gase, welche während der Verdauung aufgenommen oder erzeugt werden und die den Gesetzen der Physik und Chemie, als der Schwerkraft, der Ausdehnungskraft, der chemischen Erregbarkeit unterworfen sind. Wollen wir ein we-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 5. März 1906.

nig von diesen Beziehungen des Ernährungskanals zu allen übrigen Organen sprechen. Zunächst der Thorax. Hier finden wir den Oesophagus in direktem Kontakt mit den grossen Gefässen und mit der Lunge. Im Abdomen ist der Magen in direktem Kontakt mit der Leber, mit dem Pankreas und mit dem Zwerchfell und durch letzteres mit dem Herzen und mit der linken Lunge. Die Darmschlingen sind in Apposition mit allen Strukturen in der Bauchhöhle einschliesslich das weibliche Genitale und mit allen Gefässen und Nerven, die in der Bauchhöhle liegen, respektive hier entspringen.

Lassen Sie uns nun den Zustand schildern, der hervorgerufen wird durch Ausdehnung von Gasen, welche denselben gleichmässigen Druck ausüben auf alle anderen Gebilde, die mit dem Verdauungskanal in innigster Berührung sind, so werden wir leicht begreifen, warum der Dyspeptiker, der grosse Mengen Gase per os und per rectum abgibt, Herzklopfen bekommt, ferner erschwerte Atmung, besonders auf der linken Seite, warum er Interkostalneuralgien bekommt, Schmerzen zwischen den Schulterblättern, in den Weichen, warum er hustet und warum er cyanotisch wird. Wie oft machen wir die Beobachtung, dass mit dem Verschwinden des Meteorismus auch die Cyanose weicht! Ich will ganz besonders hervorheben, wie das durch die Gase aufgeblähte Darmrohr Herz und Lunge beeinflusst.

Die häufigste Art der Dyspepsie, die sogenannte „nervöse Dyspepsie", ist bedingt durch das Vorhandensein von organischen Säuren im Magen in anormaler Menge. Es wird allgemein gelehrt, jene Zustände, in denen keine pathologisch-anatomischen Veränderungen zu Grunde liegen, als „nervös" zu bezeichnen; bei Verdauungskrankheiten jedoch kommt hauptsächlich die Chemie in Betracht, und wenn wir uns diesen Grundsatz stets vor Augen halten, so wäre es ein einfach lächerlicher Versuch, für Verdauungsstörungen eine andere Ursache zu suchen als im Chemismus.

Organacidia gastrica ist die am meisten vorkommende Erkrankung des Magens, von der selbst Säuglinge nicht ausgenommen sind. Sie befällt meistens jugendlich Individuen, doch ist auch das hohe Alter nicht ausgenommen; sie reizt zum Alkoholismus und brütet Trunkenheit. Es lässt sich nicht leugnen, dass der Alkohol ein gutes Mittel für derartige Zustände ist, denn er verwandelt die brennenden und reizenden organischen Säuren in die betreffenden Ester, deren woltuender Einfluss alsbald manifest wird. Leider ist aber in diesem Falle das Heilmittel schlimmer als die Krankheit selbst. Organacidia gastrica und Organacidia enterica sind ebenso die Ursache des Alkoholismus wie der Schmerz des Morphinismus.

Ich unterscheide 3 Abarten von Organacidia gastrica: 1. Organacidia gastrica simplex; 2. Gastrosia fungosa und 3. Zymosia gastrica. Organacidia gastrica simplex ist meistens die akute Form, die beiden letzteren sind chronisch. Organacidia gastrica simplex wird gewöhnlich hervorgerufen durch den reichlichen Genuss von organischen Säuren in Früchten oder Salaten. Gastrosia fungosa nenne ich jenen Zustand des Magens, in dem die organischen Säuren die Folge von Schimmelbildung im Magen sind. Ich will mich hier nicht lange mit Schimmelwachstum im Magen aufhalten und will nur feststellen, dass sehr häufig ausgedehnte Schimmelmembranen vom Magen aspiriert werden. Da wir Schimmel als solchen selten geniessen, sind diese ausgedehnten Schimmelfetzen naturgemäss das Resultat von Wachstum innerhalb unseres Körpers und muss er sich aus aufgenommenen Sporen entwickelt haben. Diese Umwandlung von Sporen in eine vollständig entwickelte Pflanze beweist Wachstum, beweist, dass ein chemischer Prozess vor sich geht. Dieses Wachstum kann also nur herbeigeführt und hervorgerufen werden durch die Prozesse der Assimi-

lation, Absorption und Elimination, deren deletäre Einwirkung auf unseren Körper manifest wird. Ich habe grünen und dunkelroten Schimmel gesehen; erstere in ziemlich grossen Fetzen, letztere in Form von Fibrillen. Diese beiden Farben von Schimmel müssen wir uns sehr gut einprägen, sonst können wir sie sehr leicht mit Galle und Blut verwechseln.

Zymosia (vom griechischen zyme, Hefe) gastrica wird hervorgerufen durch die chemischen Vorgänge, bedingt durch Wachstum von Hefe im Magen. Unter dem Mikroskop sieht man im aspirierten Mageninhalt eine Menge sporenbildender Hefe. Diese sporensprossende Hefe ist nicht normalerweise im Chymus. Wir finden diese beiden Zustände, Gastrosia fungosa und Zymosia gastrica, entweder einzeln oder beide zusammen. Ich möchte hier noch eine andere Ursache für Organacidia gastrica anführen von der ich noch nicht gesprochen habe, nämlich die Aufnahme von Stärke in zu reichlichen Mengen, „Organacidia gastrica ab amylo." Die Not treibt die ärmere Klasse zu übermässigem Genuss von Stärke als grosse Mengen von Kartoffeln und billige Brodsorten, und die Reichen verzehren, wohl aus Vorliebe, grosse Mengen Stärke als Cakes, Pies und anderes Backwerk. Stärke wird bekanntlich in Saccharide umgewandelt, entweder durch die Diastase des Speichels oder durch das Amylopsin des Pankreassaftes, und die Umwandlung der Saccharide in Säuren ist ein ganz natürlicher, chemischer Folgezustand. In beiden Gesellschaftsklassen wird dieser Uebergenuss von Stärke einen Ueberschuss von organischen Säuren erzeugen. Die organischen Säuren, wie die Bernstein-, Essig- und die Buttersäure sind flüchtig, gasförmig und haben, wie alle Gase, wo nur eine Oeffnung existiert, die Eigenschaft, überall durchzudringen; sie reizen die Schleimhäute, verursachen das Gefühl von Roh- und Wundsein und Schmerzen aller Organe, mit welchen sie in Berührung kommen. Die Heftigkeit des Schmerzes hängt ab von dem Grade und der Dauer des Reizes und von der Konzentration der Säuren. So lange die Kardia schlussfähig ist und das Aufsteigen der Gase hinauf verhüten kann, wird der angerichtete Schaden sich blos auf den Magen beschränken. Wenn die freien Säuren aber in den Oesophagus und Pharynx entweichen können, so werden natürlich auch die Schleimhäute der benachbarten Strukturen, die mit den reizerregenden Gasen in Berührung kommen, darunter leiden: so das Ohr durch die Eustachische Röhre; die Nase durch die hintere Nasenöffnung, und, von der Nase ausgehend, die Konjunktiven durch die Thränenkanale und die Stirnbeinhöhlen durch das Infundibulum des Os ethmoidale. Es ist deshalb gar nicht so selten, dass Otologen, Rhinologen und Ophthalmologen einzig den Magen mit Recht und Erfolg behandeln.

Organische Säuren reizen die Schleimhäute eines jeden Organes. Reizung heisst Zusammenziehung der Muskularis. Die starke Kontraktion der Muscularis mucosae schiesst den Mageninhalt heraus — Erbrechen; saures Aufstossen und Hochkommen kleiner Mengen Chymus zeigen eine weniger heftige Kontraktion an.

Eine sehr häufige Ursache der chronischen Dyspepsie ist die Insuffizienz des Pylorus. Dies ist die Krankheit, die zu allen möglichen Fehldiagnosen Anlass gibt. Eine ausgesprochene Insuffizienz des Pylorus simuliert selbst maligne Krankheiten. Ich habe sie mit perniziöser Anaemie, Tuberkulose, Nephritis, Uraemie, Karzinom etc. verwechseln gesehen. An sich macht diese Krankheit keine Symptome. Insufficientia pylori, ich spreche hier nur von der Insuffizienz, welche die Folge einer chronischen Pyloritis ist, ist ein Zustand des Magens, bei welchem eine Stunde nach Einnahme des Ewald'schen Probefrühstücks entweder gar kein Mageninhalt oder höchstens 1—2 ccm aspiriert werden kann. Wird nur eine so geringe Menge

Chymus aspiriert, so ist derselbe dick, in Schleim eingebettet, reagiert neutral oder alkalisch, gelegentlich auch schwach sauer. Einhorn hat diesen Zustand als Achylia gastrica beschrieben. Auch ich habe dieselbe Diagnose gemacht, bis ich der Frage näher getreten bin. Ich habe nämlich den Magen früher als eine Stunde nach dem Probefrühstück aspiriert, und die so gewonnenen Beobachtungen veranlassten mich, die Diagnose umzustossen. Wie gesagt, das klinische Bild der Achylia gastrica und Insufficientia pylori ist identisch. Jedoch als Achylia aufgefasst, auf nervöser Basis, sind die Aussichten auf Heilung ganz trostlos. Aber als Insuffizienz diagnostiziert und demgemäss behandelt sind die Erfolge überraschend schnell und einfach verblüffend. Das muss man einmal gesehen haben, um das beinahe unglaublich erscheinende verstehen und würdigen zu können. Hier ein schlagendes Beispiel. Ich wurde zur Konsultation gebeten zu einem im mittleren Alter stehenden Cigarrenmacher, der seit mehreren Wochen heftige Schmerzen, Gewichtsverlust, Erbrechen und eine eigentümlich charakteristische Hautverfärbung hatte. Der behandelnde Arzt sowie seine Vorgänger diagnostizierten Karzinom, ich aber versicherte dem Patienten, zum Erstaunen aller, dass er in ein paar Tagen gesund werde; eine Woche später nahm er seine Arbeit auf, wurde und blieb gesund.

Besserung tritt sehr rasch ein und in ungefähr drei Monaten ist der Patient vollständig geheilt, was doch gewiss fabelhaft schnell ist für einen, der jahrelang gelitten. Oft schon nach kaum 36 Stunden nach Beginn der Behandlung findet der Patient Erleichterung in seinen Schmerzen, die er so viele Jahre auszustehen hatte. Was Wunder, wenn er, schon aus Rache und, um das Verlorene nachzuholen, über die Schnur haut; es geht ihm ja besser und so versucht er alles zu essen. So wurde mir vor einiger Zeit ein Herr zugeschickt, der viele Jahre magenkrank war. In Begleitung seines Arztes ging er vor ein paar Jahren nach Europa und, als keine Erleichterung eintrat, ging er demnächst nach dem Westen. Aber auch das half nicht. Schliesslich schickte ihn sein Arzt zu mir. Der Patient, ein Herr über die Fünfziger, im nördlichen Teile des Staates wohnhaft, gab unter anderen dyspeptischen Symptomen an, speziell nach dem Genuss von Fleisch mehrere Tage lang zu leiden, weswegen er auch selten Fleisch esse. Er blieb 10 Tage hier und kam täglich zu mir. Zwei Tage vor seiner Abreise ass er in einem fashionablen Restaurant ein volles Diner und, erzählte er mir unter Lächeln und von vollster Zufriedenheit beseelt, dass er alles ohne Schaden gegessen hatte, auch das Fleisch, vor dem er sich so sehr ängstigte.

Insufficientia pylori wird bedingt durch allmäliges Erschlaffen des Sphincter pylori, welches der Folgezustand einer vorausgegangenen Stenosierung des entzündeten Pylorus ist. Die Stenosierung, von der ich hier spreche, bezieht sich lediglich auf die „Stenosis pylori ab irritatione", wie ich dies in mehreren meiner Artikel ausführlich beschrieben habe (speziell in „Insufficientia pylori, a sequela of chronic gastritis, Philadelphia Med. Journal, 24. Mai 1902). Die vollständige Insuffizienz tritt nicht etwa spontan auf. Zuerst ist noch genügend Kraft vorhanden und, wenn der Pylorus auch nicht mehr im Stande ist, das Probefrühstück für eine ganze Stunde zu behalten, so doch für, sagen wir, eine halbe Stunde oder für eine noch kürzere Zeit, was absolut sicher und über allen Zweifel festgestellt werden muss; denn wir müssen genau ausfinden, wie lange nach Einnahme der Nahrung die betreffenden Heilmittel zu geben sind, was wiederholt exakte Untersuchungen erfordert. Selbst wenn nach kaum 15 Minuten nach der Einnahme des Probefrühstücks kein Inhalt im Magen gefunden wird, ist man noch immer nicht dazu berechtigt, ein vollständiges Versiegen der Verdauungsfunktion positiv zu konstatieren. In solchen Fällen

gebe ich den Patienten das Probefrühstück und lasse sie sofort auf den Rücken legen, etwa ein klein wenig nach links. So gelingt es, Verdauungsabsonderungen zu finden, die vorher nicht gefunden wurden.

Als die dritte Ursache der chronischen Dyspepsie ist Organacidia enterica die allerhäufigste unter den Darmkrankheiten mit folgenden Abarten: 1. Organacidia enterica acuta; 2. Enterosia fungosa acuta; 3. Organacidia enterica chronica und 4. Enterosia fungosa chronica membranosa. Organacidia enterica acuta wird bedingt durch Einnahme von Säuren als solche in Früchten, Salaten und die den Magen bereits verlassen haben und jetzt in den Eingeweiden ihre Gegenwart bekunden unter den heftigsten Symptomen, die wir alle genau kennen und als akute Kolik oder akute Dyspepsie ansprechen. Doch verschwinden selbst die heftigsten Schmerzen und die heftigsten Schüttelfröste und die höchsten Temperaturen innerhalb weniger Stunden, wenn richtig erkannt und behandelt. Enterosia fungosa acuta findet sich besonders bei Säuglingen und wird durch reichliche Entleerungen von grünem Stuhl gekennzeichnet, die ihre grüne Farbe ebensowenig wie das grüne Erbrechen dem Gallenpigment verdanken. Diese grünen Massen repräsentieren entwickeltes, vegetabilisches Leben. Die aufgenommenen oder inhalierten Sporen reifen in dem ausgezeichneten Nährboden des kindlichen Darmkanals zur vollentwickelten Pflanze. Die chemischen Veränderungen während dieses Wachstums reizen den Darm zur stärkeren Peristaltik, welche die häufigen Entleerungen des Darmes verursachen.

Organacidia enterica chronica ist eine der häufigsten Formen der chronischen Darmdyspepsie. Sie ist eine der steten Begleiterinnen der Insufficientia pylori. Die Symptome wrden hervorgerufen durch Dehnung und Reizung der Darmwand. Die Ausdehnung der Därme bringt nicht nur das Gefühl der Völle hervor, sondern übt auch einen Zug aus, dessen ich schon eingangs Erwähnung tat: alle frei beweglichen elastischen Röhren versuchen eine gerade Richtung zu nehmen, wenn sie durch Flüssigkeiten oder Gase ausgedehnt werden. Das Dehnen des Darmrohres durch die Gase bewirkt Spannung und Zug des Mesenteriums. Die Spannung des Mesenteriums bewirkt einen Zug an der Anhaftungsstelle des Mesenteriums an die Wirbelsäule. Diesen Zug an der Wirbelsäule spürt und lokalisiert der Patient als schmerzhaft, weswegen der Schmerz in der Lumbosakral - Gegend. Die Därme suchen sich nach der Geraden zu richten und daher die heftigen Schmerzen bei den starkwinkeligen Krümmungen, wo das Kolon das Knie macht um die Leber und um die Milz. In diesen Fällen wird gewöhnlich die Niere als Schmerzerreger angesehen. Reizen der Darmschleimhäute bewirkt Kontraktion der Muskularis, erzeugt Peristaltik und zwar, je grösser der Reiz, desto grösser die Kontraktion. Dringt diese bis zu einem Sphinkter, so bekommen wir eine spastische Kontraktion des betreffenden Sphinkters. Ist der betreffende Sphinkter der des Pylorus, dann finden wir spastische Kontraktion des Pylorus von mehr oder weniger heftigen Schmerzen begleitet, je nach dem Grade des Reizes. Und, geht der Reiz nach dem Sphinkter der Ileocoekal-Klappe, dann kontrahiert sich auch diese spastisch, ebenso wie der des Pylorus und auch hier wird dann ein heftiger Schmerz ausgelöst. Diese schmerzhafte, spastische Kontraktion der Ileocoekal-Klappe wurde bisher noch kaum als solche erkannt und daher die sehr häufige Verwechselung mit Appendizitis und die falsche Diagnose Appendizitis. Wie häufig kann die Operation die Diagnose Appendizitis nicht bestätigen!

Ueble Folgezustände der Organacidia enterica chronica sind Morgen-

diarrhoen, Tenesmus, Haemorrhoiden, Prolaps und Fissuren des Mastdarms. Apropos Haemorrhoiden. Tiere haben bekantlich auch Haemorrhoiden, die wir doch kaum einer sitzenden Lebensweise zuschreiben können, wie man es beim Menschen annimmt. Haemorrhoiden werden erzeugt durch die spastische Kontraktion des Darmes, und diese wird ihrerseits hervorgerufen durch Reiz der Schleimhaut mit flüchtigen, akriden Säuren; die Rückströmung des Blutes wird durch die spastische Kontraktion behindert und die kleinen Venen dehnen sich aus. Bei jungen Kindern verursachen der Reiz und deswegen das Drängen den Mastdarmprolaps. Die akriden Säuren erzeugen Tenesmus, Exkoriation und Fissuren.

Die Besprechung der Enterosia fungosa chronica membranosa, sonst als Colica mucosa oder Enteritis membranacea fälschlich bekannt, will ich jetzt unterlassen.

Zum Schlusse möchte ich nochmals aufs nachdrücklichste betonen, dass bei richtiger Erkenntnis die Aussichten auf absolute Heilung die allerbesten sind. Dagegen verursacht die chronische Dyspepsie infolge von unrichtiger Erkenntnis der tatsächlichen Zustände und unrichtiger Diagnose und deswegen falscher Behandlung der Verdauungsstörungen ernste Erkrankungen auch anderer Organe.

Auszüge aus der Journalliteratur.

R. Kjer-Petersen (Kopenhagen): **Ueber die numerischen Verhältnisse der Leukocyten bei der Lungentuberkulose.**

Aus der sehr wichtigen und ausführlichen Arbeit sind folgende Ergebnisse bemerkenswert:

1. Es besteht kein bestimmtes Verhältnis zwischen der Extensität der Lungenkrankheit und der Leukozytenanzahl.

2. Afebrile männliche Phthisiker II. Stadiums haben eine Leukozytenanzahl, die sich derjenigen der Gesunden nähert; das Niveau der Kurven scheint niedriger zu werden, je passiver die Krankheit wird.

3. Afebrile männliche Phthisiker III. Stadiums mit destruktiven Prozessen haben eine inkonstante Kurve (6 bis 15,000), die einige Inhomogenität aufweist.

4. Zwischen den leichtest afebrilen Fällen des II. und denjenigen des III. Stadiums besteht ein gleichmässiger Uebergang in den leukozytären Verhältnissen, der dem Uebergang in den klinischen entspricht.

5. Alle Schlussfolgerungen über Verhältnisse zwischen Temperatur und Leukozyten lassen sich nur aus von Tag zu Tag gezählten Kurven ziehen. Man ist in der Regel nicht im Stande, aus Einzelbeobachtungen das richtige Verhältnis zwischen Temperatur und Leukozyten zu ermitteln.

6. Afebrile Männer II. Stadiums erweisen ein Verhältnis der normalen Temperatur und den Leukozyten, das sich demjenigen gesunder Männer nähert.

7. Afebrile Männer III. Stadiums erweisen kein ausgeprägtes Verhältnis zwischen normaler Temperatur und Leukozyten.

8. Bei Phthisikern II. Stadiums scheint das Niveau der Leukozytenkurven bei afebrilen niedriger als bei subfebrilen und febrilen Zustnden zu sein.

Bei ganz kurzdauernden Fieberattacken bei Phthisikern III. Stadiums finden sich Fälle, wo ein Verhältnis derart zwischen der erhöhten Temperatur und den Leukozyten besteht, dass

9. Temperaturkurve und Leukozytenkurve einander genau entsprechen,

sodass einer Temperaturerhöhung eine Erhöhung der Leukozytenanzahl folgt, worauf die Kurven gleichzeitig fallen;

10. dass sie einander gerade umgekehrt oder gegensätzlich entsprechen, d. h., dass ein Fallen der Temperatur einer Steigerung der Leukozytenanzahl entspricht und umgekehrt;

11. dass, wie es scheint, gar keine Beziehung zwischen erhöhter Temperatur und Leukozytenanzahl besteht.

Bei länger anhaltendem Fieber bei Phthisikern III. Stadiums findet man, dass die mehr oder weniger schwankende Leukozytenkurve, ohne in einem bestimmten Verhältnis zur Temperatur zu stehen, durchgängig

13. ein sehr hohes Niveau hat (Mischinfektion?),

14. dass sie ein sehr niedriges Niveau hat (spezifische tuberkulöse Infektion?).

Es ist durchaus falsch, dass eine erhöhte Leukozytenanzahl (d. h. ca. 10,000 und darüber, worunter man im allgemeinen „Leukozytose" versteht) dem Patienten etwas erspriessliches sei. Es hat sich vielmehr bis auf eine einzige Ausnahme in des Verf. Material herausgestellt, dass eine konstant erhöhte Leukozytenanzahl der Art nur da vorhanden ist, wo die Prognose schlecht ist oder der Fall aus irgend einem Grunde ein komplizierter (Tumor, fötide Bronchitis u. s. w.) ist.

Betreffs der Leukozytenverhältnisse weiblicher Phthisiker, hat Verf. ausserdem ermittelt:

1. dass die aktiven, afebrilen weiblichen Phthisiker III. Stadiums Leukozytenzahlen haben, die während der aktiven Periode unter 10,000, und wenn die Pat. in das passive Stadium gelangt, überwiegend unter 6000—7000 sind;

2. dass eine (prä-)menstruelle, hohe (pathologische?) Temperaturerhöhung häufig einer niedrigen Leukozytenzahl entspricht;

3. dass man im Verhältnis zwischen der Temperatur und den Leukozyten im übrigen Typen antrifft, die den männlichen gleichen;

4. dass eine konstant über 10,000 erhöhte Leukozytenzahl bei afebrilen Patienten gegen Tumor spricht. (Beitr. zur Klinik der Tuberkulose, I. Supplementbd.)

A. Goenner: **Zur Therapie des Heufiebers.**

G. hatte im Jahre 1904 mit Pollantin gute Erfahrungen gemacht, die sich jedoch im darauffolgenden Jahre nicht bestätigten. Eine Steigerung der Dosis hatte bei ihm nur den Effekt, dass das wiederholte Einstäuben die Bindehaut reizte und noch stärker entzündete. G. machte daher einen Versuch mit Graminol. Dieses stellt ein sogenanntes polyvalentes Serum dar, d. h. es ist getrocknetes, pulverförmiges Serum von Rindern, denen es entnommen wird, während sie sich von blühendem Gras nähren. Der Erfolg war befriedigend, die Entzündung nahm ab und G. konnte mit schwarzen Gläsern als einzigem Schutz für die Augen ausgehen. Was andere Heufieberkranke betrifft, so hatten die meisten intensivere Erscheinungen gehabt als sonst, aber Pollantin hat bei vielen genügt, allerdings in grösserer Quantität als 1904. Anderen hat Graminol genützt, aber nicht allen. Nach G. kommt es eben darauf an, für welche Pollen man empfindlich ist. Wenn bei einem Kranken Pollantin im Stich lässt, dürfte ein Versuch mit Graminol am Platze sein.

G. macht ausserdem auf ein von Prof. Otto Schwarz in Leipzig empfohlenes Mittel gegen Heufieber aufmerksam: Cocain. muriat. 0,2, Sol. Suprarenin, 1% 1,0, Aq. dest. ad 10,0. M. D. S. 2—3 mal täglich einige Tropfen ins Auge.

Kuhnt hat in Fällen, in denen Pollantin nichts nützte, Anaesthesin mit Borsäure erfolgreich verwendet und zwar im Verhältnis von 1:5 bis 1:1. Von der schon vor Jahren empfohlenen Borsäure hat G. keinen Nutzen gesehen. (Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte, 1906, No. 6.)

G. Sommer: **Kritisches und Neues zur Therapie des Tonsillen-Abszesses.**

Bei Tonsillarabszess tonsillotomiert

S. fast ausnahmslos und zwar sofort, entweder mit Knopfbistourie und seitlich fassender Muzeuxzange oder mit dem Tonsillotom. Man eröffnet hierdurch regelmässig den tatsächlich oft schwer lokalisierbaren Abszess und die Beschwerden schwinden sofort und dauernd. Die Methode hat noch den Vorzug, dass sie eventuellen späteren Rezidiven am wirksamsten vorbeugt. Zur Lokalanaesthesie pinselt er mehrmals, in Abständen von einigen Minuten, mit 5proz. Kokainlösung und injiziert dann eine Pravazspritze 3proz. Kokains mit einigen Tropfen Adrenalin an 2—3 Stellen (Dosis für Erwachsene). Ist entzündliche starke Kieferklemme vorhanden, so muss man eventuell den Mund gewaltsam durch Kiefersperrer in Narkose öffnen; dann jedoch Vorsicht wegen Aspiration des Eiters in die Lunge. Zur Nachbehandlung lässt er nur fleissig mit blutwarmer Borlösung gurgeln. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 11.)

G. Rosenfeld (Breslau): **Der Alkohol als Nahrungsmittel.**

Die Experimente über den Nährwert des Alkohols zerfallen in zwei Kategorien: in Versuche, bei welchen der Alkohol als Ersatz für fortgelassene Kohlehydrate oder Fette gegeben worden ist, also im Ersatzversuche, und eine andere Versuchskategorie, wo die bisherige Kost voll bestehen blieb und der Alkohol als Zulage gegeben worden ist. Diese beiden Kategorien haben sehr verschiedene Resultate gezeitigt. In den Ersatzversuchen ist die Sparwirkung des Alkohols bei länger dauernden Versuchen allmählich vorgetreten. In den ersten Tagen hat sie allerdings gewöhnlich nicht oder nur wenig sparend gewirkt. In den Zulageversuchen aber ist der Verlauf ein wesentlich anderer gewesen. Da hat in einigen Versuchen der Alkohol von vorneherein sparend gewirkt. Sicher ist erstens, dass in allen Versuchen ein irgendwie nennenswerter Kalorienunterschied zwischen der alkoholfreien und der alkoholhaltigen Kost in Ersatzversuchen nicht beobachtet worden ist, und das in Versuchen, in denen eine Eiweisssparung nicht zu stande kam. Der Alkohol erhöht also den Energieumsatz keineswegs. Zweitens: in allen Versuchen, in denen die Kohlensäureausscheidung bei richtiger Versuchsanordnung gemessen worden ist, hat sich gezeigt, dass der Alkohol an Stelle eines anderen Nahrungsmittels oder Körperbestandteiles verbrannt ist. Drittens: der Alkohol hat oft sofort eiweisssparend gewirkt als Zulage, als Ersatzmittel immer in allen langdauernden Versuchen. Viertens: die Sparwirkung des Alkohols als Zulage ist etwa ebenso gross, gelegentlich auch grösser, als die von Kohlehydraten und Fetten.

Aus der Sparwirkung des Alkohols folgt aber nicht, dass er für die Ernährung des normalen oder kranken Menschen angewendet werden soll. Der gesunde Mensch braucht kein Sparmittel für Eiweiss und für den kranken Menschen liegt für die Anwendung dieses Sparmittels bei genügender diätetischer Schulung des Arztes so gut wie nie Grund vor, vor allem auch nicht wegen der schädigenden Wirkungen des Alkohols. Derselbe wirk nicht oder ungünstig auf die Pulszahl, er wirkt nicht oder nur ganz vorübergehend und in geringem Masse auf den Blutdruck, er wirkt nicht auf die Gefässinnervation, er verschlechtert die innere Reibung des Blutes, kurz gesagt, der Alkohol ist ein Zirkulationsschädiger.

Die Gesamtergebnisse der Versuche des Verf. lassen sich folgendermassen zusammenfassen: Der Alkohol hat auf den Stoffwechsel keinen nachweisbaren schädlichen Einfluss gehabt, er hat Eiweiss etwas besser als die gleiche Menge Zucker gespart. In einem Organismus, in welchem er dem Stoffwechsel nach nicht giftig gewesen ist, wo er auch keine wesentlichen Rauschsymptome hervorgerufen hat, hat er gewisse Intelligenzleistungen um 25 Prozent verschlechtert, hat er die rohe Muskelkraft um etwa ebenso viel vermindert, das Herz durch Erhöhung der Reizbarkeit und Verschlechterung der Erholungsfähigkeit schwer geschädigt. (Zentralbl. für innere Medizin, 1906, No. 12.)

A. Krokiewicz (Krakau): **Eine sehr empfindliche Reaktion auf Gallenfarbstoffe.**

Zur Ausführung sind 3 Reagentien nötig: a. 1proz. wässerige Lösung von Acidum sulphanilicum (Acid. sulphanilici 1 ccm zu Aqu. dest. 100 ccm); b. 1proz. wässerige Lösung von Natriumnitrit (Natr. nitrosi 1 ccm zu Aqu. dest. 100 ccm); c. konzentrierte reine Salzsäure. Der Kürze halber bezeichnet K. die ersten beiden Reagentien, die in vor Licht geschützten Gefässen aufzubewahren sind, mit A und B. Die Methode ist dann folgende:

In eine Eprouvette giesst man je 1 ccm der Reagentien A und B und schüttelt kurze Zeit durch und giesst dann so viel Flüssigkeit aus der Eprouvette heraus, dass nur ein paar Tropfen (höchstens ½ ccm) zurückbleiben. Hierauf giesst man in die Eprouvette ebensoviel Harn oder Gallenfarbstoffe enthaltende Flüssigkeit (ca. ½ ccm) hinein und schüttelt stark durch wenige (10—15) Sekunden. Dann nimmt die Flüssigkeit in dem Röhrchen eine rubinrote Färbung an, welche nach Zusatz von 1—2 Tropfen Salzsäure und dann nach mehrfacher Verdünnung mit destilliertem Wasser in Amethystviolett übergeht. Im Falle eines reichlicheren Gehaltes an Gallenfarbstoffen sind zu dieser Reaktion ein mehrfach (bis 10fach) mit destilliertem Wasser verdünnter Harn zu verwenden. Die amethystviolette Färbung tritt sehr deutlich hervor und hält unverändert längere Zeit an. Die Reaktion lässt nur auf die Anwesenheit von Bilirubin oder auf wenig oxydierte Gallenfarbstoffe schliessen; sie tritt nie im Harn auf nach innerlicher Verabreichung von Chrysophansäure, Santonin, Copaivabalsam, Tannin, Antipyrin, Phenacetin, Napthol, Natrium salicylicum, Salol, Jod, Brom, Chinin; sie hängt nicht vom Indikan im Harn ab und ebenso ist sie unabhängig von jenen Faktoren, welche die Diazoreaktion hervorrufen. Die Reaktion ist im Vergleich mit den bisher üblichen Methoden sehr empfindlich. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 11.)

G. Riebold (Dresden): **Ueber prämenstruelle Temperatursteigerungen.**

R. fand, dass bei manchen Individuen kurz vor Eintritt der menstruellen Blutung, ausgelöst durch den Vorgang der Follikelreifung, eine beträchtliche Steigerung aller Lebensprozesse statthat, dass um diese Zeit ein gewaltiger Sturm durch den Organismus geht. Während bei gesunden Frauen zu dieser Zeit keine Disposition zu neuen Erkrankungen besteht (abgesehen von häufigen Verdauungsstörungen) kann ein kranker Organismus um diese Zeit besonders gefährdet sein. Alle möglichen Krankheiten können sich in der Prämenstrualzeit verschlimmern; namentlich aber kommt es bisweilen zu prämenstruellen Temperatursteigerungen, die wahrscheinlich meistens auf Resorptionen aus älteren Infektionsherden zu beziehen sind, manchmal aber auch eine Exazerbation der Grundkrankheit anzeigen. Die prämenstruellen Temperatursteigerungen kommen zwar häufig, aber keinswegs ausschliesslich bei tuberkulösen, niemals jedoch bei vollkommen gesunden Frauen zur Beobachtung. (Deutsche med. Wochenschr., 1906, No. 11 u. 12.)

F. Lichtenstein (Dresden): **Zur Diagnose der Extrauteringravidität durch Röntgensrahlen.**

L. berichtet über den Fall einer Frau, bei welcher vor der Operation die auf Extrauteringravidität gestellte Diagnose durch die Röntgenstrahlen bestätigt werden konnte. Die Röntgenaufnahme wurde ohne Blende gemacht mit mittelweicher Röhre, Belichtungsdauer 1¾ Minuten. Die Platte zeigte deutlich das mütterliche Becken, etwas weniger scharf die Lendenwirbelsäule. Ueber der rechten Beckenschaufel sieht man zwei kindliche Extremitätenknochen, die in einem Winkel zu einander stehen, dessen Scheitel nach oben liegt. Der der mütterlichen Wirbelsäule zunächst liegende Knochen ist einfach und wurde vor der Operation als Oberschenkel gedeutet, während das lateral liegende Knochenbild eine feine, schwarze Längslinie in seiner Mitte erkennen

lässt, weshalb es als die zugehörigen Unterschenkelknochen aufgefasst wurde. Auf der linken Seite sieht man über der Beckenschaufel drei feine weisse Streifen in der Richtung von rechts oben nach links unten ziehen, die an der Lebenden der linken Nabelspinallinie ungefähr entsprechen würde. Diese Streifen sind kindliche Rippen und zwar deren vertebraler Teil. Vom Kopf oder der kindlichen Wirbelsäule ist nichts zu sehen. Dass diese Diagnose richtig war, bewies die bei der Operation beobachtete Kindeslage.

Der Wert der Röntgenaufnahme bei Extrauteringravidität liegt auf der Hand. Man sollte die Röntgenaufnahme nie unterlassen, wenn bei intraabdominellen Tumoren einer Frau die Möglichkeit einer vorgeschrittenen Extrauteringravidität klinisch nicht sicher ausgeschlossen werden kann, und dies um so mehr, als die Röntgendiagnose bei extrauteriner Schwangerschaft in den späteren Monaten bezüglich der Kindesteile und auch der Kindeslage viel einfacher und sicherer ist als bei intrauteriner. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 11.)

Referate und Bücheranzeigen.

W. Ebstein und J. Schwalbe: **Handbuch der praktischen Medizin.** Vier Bände. Zweite, vollständig umgearbeitete Auflage. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1905.

Obiges Handbuch erscheint nunmehr in zweiter Auflage, wobei das Werk eine gründliche Umarbeitung und teilweise Umgestaltung erfahren hat. Massgebend hierfür war hauptsächlich der Wunsch der Herausgeber, den Umfang des Handbuches, das in seiner ersten Auflage das ursprünglich festgesetzte Mass überschritten hatte, den praktischen Bedürfnissen der ärztlichen Welt noch mehr anzupassen. So erscheint das Werk nunmehr in vier Bänden an Stelle der früheren fünf, und diese Reduzierung des Umfanges wurde erzielt durch Streichung von Kasuistik und rein theoretischen Erörterungen, durch Aenderung der Druckweise und endlich durch Ausschaltung der mit der inneren Medizin nur lose zusammenhängenden Hautkrankheiten und der spezialistischen Behandlung der Chirurgie innerer Krankheiten, sowie der otologischen und opthalmologischen Kapitel. Diese in die zweite Auflage nicht aufgenommenen Abschnitte werden zu einem Supplementband vereinigt, der die Chirurgie des praktischen Arztes mit Einschluss der Augen- und Ohrenkrankheiten enthalten soll. Dabei soll die Bearbeitung des Supplementbandes so gehalten werden, dass sie sich möglichst eng an den Inhalt des eigentlichen Handbuches anschliesst. Andererseits ist bei der Bearbeitung der zweiten Auflage des Handbuches darauf Rücksicht genommen worden, dass der Supplementband nicht einen integrierenden Bestandteil desselben bildet, sondern dass das Handbuch auch ohne ihn als völlig abgeschlossen werden kann.

Die Umgestaltung der Inhaltsanordnung des Werkes muss als eine sehr glückliche betrachtet werden, da dadurch den Bedürfnissen des praktischen Arztes nach einem gedrängten und doch erschöpfenden und dabei billigen Handbuche der inneren Medizin noch mehr Rechnung getragen wird, als dies mit der Erstausgabe der Fall gewesen war. Erschienen sind bis jetzt Band I (Krankheiten der Atmungs-, der Kreislaufsorgane, des Blutes und der Blutdrüsen), und Band II (Krankheiten der Verdauungs-, der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates, venerische Krankheiten). Auf den Inhalt der einzelnen Abschnitte kann an dieser Stelle selbstredend nicht näher eingegangen werden, es möge vielmehr genügen, wenn

wir dieselben als mustergiltig bezeichnen und bemerken, dass das, was wir zum Lobe des Werkes bei der Besprechung der ersten Auflage sagten, noch in erhöhtem Masse für die Neubearbeitung desselben gilt. Wem es darum zu tun ist, ein wirklich gutes und brauchbares Handbuch der inneren Medizin zu besitzen, kaufe sich das Ebstein'sche Handbuch. Druck und Ausstattung sind, wie bei dem Enke'schen Verlag nicht anders zu erwarten, vorzüglich.

S. Jessner: **Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik.** Dritte, sehr vermehrte Auflage. A. Stuber's Verlag. Würzburg 1906. 322 S.

Das Jessner'sche Kompendium trägt in erster Linie den praktischen Bedürfnissen Rechnung. Theoretische Fragen werden darin nur in so weit erörtert, als dies, um auch dem wissenschaftlichen Standpunkte gerecht zu werden, unumgänglich notwendig ist. Das Hauptgewicht der Darstellung wurde auf die in der Dermatologie meist recht schwierige Differentialdiagnose und auf die Therapie gelegt, wobei nicht nur die Medikamente, sondern auch die Methoden der Behandlung eingehende Berücksichtigung gefunden haben. Der kurze Anhang über Kosmetik der Haut und Haare dürfte für den praktischen Arzt, an den in dieses Gebiet gehörige Fragen nicht so selten gestellt werden, ganz besonders willkommen sein. 170 erprobte Rezeptformeln bilden den Schluss des sehr empfehlenswerten Buches.

Ernst Sommer: **Anatomischer Atlas in stereoskopischen Röntgenbildern. I. Normale Anatomie. 1. Abteilung: Knochen und Gelenke.** Mit 20 Tafeln. A. Stuber's Verlag. Würzburg 1906.

Die stets rührige Stuber'sche Verlagshandlung tritt mit einem neuen Werke vor die ärztliche Welt, einem anatomischen Atlas in Röntgenbildern, der sich zur Aufgabe stellt, ein neues Mittel zur Gewinnung und Befestigung anatomischer Vorstellungen zu bieten. Allen bisher üblichen Lehr- und Lernmethoden der Anatomie haftet der gemeinsame Fehler an, dass sie uns nur Vorstellungen toter Organe vermitteln. Das Röntgenverfahren ist die einzige Methode, welche Tiefenblicke in die vitalen Organe in gewissem Grade gestattet. Das einfache Röntgenverfahren jedoch projiziert die räumlich hinter einander angeordneten Körper in eine Ebene und sagt nur dem Erfahrenen etwas über die Tiefenlage der dargestellten Objekte aus. Nur das Röntgenstereogramm liefert Bilder, die über die räumliche Ausdehnung der Knochen und Weichteile dem Betrachter unmittelbar ziemlich richtige Vorstellungen vermittelt.

Die jetzt vorliegende 1. Abteilung enthält 20 Tafeln, auf welchen stereoskopische Röntgenbilder von Schädel, Halswirbelsäule, Lendenwirbelsäule, Schulter-, Ellbogen- und Handgelenk, Kreuzbein, Hüftgelenk, Becken, Knie- und Fussgelenk und Fuss zur Darstellung gelangen. Jeder Tafel ist eine erläuternde Beschreibung beigegeben. Was nun die dargestellten Röntgenbilder anbelangt, so bieten dieselben das beste, was Ref. bis jetzt auf diesem Gebiete gesehen hat. Verfasser sowohl wie die Verlagshandlung sind in gleicher Weise zu beglückwünschen, ersterer für die trefflichen Aufnahmen der Bilder, letztere für die vorzügliche Reproduktion derselben. Zur Verbesserung der stereoskopischen Wirkung ist bei einzelnen Aufnahmen die Tiefe künstlich etwas übertrieben worden, um damit einen besseren stereoskopischen Eindruck zu erzielen. Doch möchte es Ref. fast dünken, als ob hierin bei den Tafeln V, VI, VIII und XVIII des Guten etwas zu viel geschehen sei, was jedoch dem praktischen Werte derselben keinen Eintrag tut.

Ref. möchte den Atlas nicht nur als ein treffliches Hilfsmittel für das Studium anatomischer Verhältnisse betrachten, sondern glaubt einen mindestens gleich grossen Wert desselben darin zu erblicken, dass er als eine mustergiltige Sammlung typischer

Röntgenbilder gelten kann, welche der mit Röntgenaufnahmen sich beschäftigende Arzt vergleichend zu Rate ziehen kann und wodurch besonders der Anfänger auf diesem Gebiete vor mancher Fehldiagnose bewahrt bleiben wird. Dem Erscheinen der weiteren Abteilungen des verdienstvollen Werkes darf man mit Vergnügen entgegensehen.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom 8. Januar 1906.

Präsident Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr und teilt der Versammlung mit, dass Dr. A. Jacobi, der in der letzten Sitzung zum Mitglied des Aufnahme-Komitees erwählt wurde, resigniert habe. Es sei daher eine Neuwahl vorzunehmen, wenn die Versammlung nicht vorziehe, dem Vorschlag des Verwaltungsrats gemäss Herrn Dr. W. Freudenthal als Mitglied des Komitees zu bestätigen, der nach Dr. Jacobi die meisten Stimmen bekommen habe.

Auf Antrag von Dr. O. Cook beschliesst die Versammlung, dem Vorschlag des Verwaltungsrats gemäss Herrn Dr. Freudenthal an Stelle von Dr. Jacobi für gewählt zu erklären.

Präs. Dr. J. A. Schmitt: Es gereicht mir nun zum Vergnügen, den abtretenden Mitgliedern des Vorstandes, Herrn Dr. Leviseur und Herrn Dr. G. Jacoby, für die Arbeit und Mühe, die sie dem Verein gewidmet haben, den Dank der Gesellschaft auszusprechen und ausserdem die neuen Mitglieder, Dr. Mannheimer und Dr. Freudenthal, zu ihren Aemtern zu beglückwünschen.

Die Versammlung tritt hierauf in die Tagesordnung ein.

Dr. A. Rose bittet die Gesellschaft um die Erlaubnis, seinen Vortrag über ärztliche Kunstsprache, der als letzter auf der Tagesordnung steht, ausser der Reihe so früh als möglich zu halten, da er im Anschluss an den Vortrag einige Kinder vorführen wolle, die nicht zu spät nach Hause gehen sollten.

Auf Antrag aus der Mitte der Versammlung wird Herrn Dr. Rose gestattet, seinen Vortrag sofort zu halten.

Vorträge.

a. Dr. A. Rose: **Ueber ärztliche Kunstsprache.** (Ist als Originalarbeit in der Januar-Nummer dieser Zeitschrift erschienen.)

Diskussion. Dr. B. S. Talmey: Ich möchte bloss eine Frage stellen. Dr. Rose sagt, dass die jetzige Aussprache des Griechischen dieselbe sei, wie vor zweitausend Jahren. Wie steht es mit dem Lateinischen? Das jetzige Italienisch ist nicht die Sprache der alten Römer, und wenn sich dort die Aussprache geändert hat, warum sollte es nicht auch im Griechischen der Fall sein?

Dr. A. Rose: Es ist unmöglich, die Frage in ein paar Minuten zu beantworten. Aber es kann gar kein Zweifel darüber bestehen, dass es sich so verhält, wie ich gesagt habe. Die griechische Sprache hat sich nicht verändert wie die italienische, weil die Griechen politisch abgesondert von der übrigen Welt 400 Jahre unter türkischer Herrschaft gewesen sind und sich in der Zeit keine Mischsprache entwickeln konnte. Das Griechische ist vielmehr diese 400 Jahre genau so unverändert geblieben wie die französische Sprache in Kanada. Sie haben in Kanada noch genau die Aussprache des Französischen wie in Frankreich vor 200 Jahren.

Dass die Aussprache seit zwei Jahrtausenden ganz genau dieselbe geblieben ist, können Sie aus den Inschriften ersehen, wenn Sie nur eine Münzensammlung aus der Zeit Alexanders des Grossen untersuchen. Die Inschriften der Münzen sind nicht orthographisch,

sondern phonetisch geschrieben und stimmen ganz genau mit der Aussprache von heute überein. Sie können auch aus den Schweizer Dialekten ersehen, warum und wie die Aussprache durch Jahrhunderte unverändert bleibt. Wenn Sie die Werke Zwinglis (aus der Reformationszeit) lesen, so finden Sie genau den Schweizer-Dialekt, der heute gesprochen wird. Der Schweizer-Dialekt beruht auf mündlicher Uebertragung und hat sich im Laufe der Jahrhunderte nicht verändert, weil die Schweizer wie die Griechen und die kanadischen Franzosen sich von anderen Völkern politisch abgeschlossen gehalten. Die bedeutendsten Männer der Griechen, wie der Direktor des Museums der Inschriften, mit dem ich tägliche Unterhaltungen über diesen Gegenstand gepflogen, Männer der Wissenschaft, grosse Philologen, sie alle, wie Professor Papademetrikopoulos, haben die Tatsache bewiesen, dass sich die Aussprache des Griechischen seit Jahrtausenden nicht verändert hat, aber die Philologen ausserhalb Griechenlands schweigen diese Wahrheit tot, weil sie nicht in ihren Kram passt.

Dr. H. Riedel: Dr. Rose hat über ärztliche Kunstsprache gesprochen, als ob er nie davon gehört hätte, dass ein Mitglied der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von New York seit 25 Jahren ernste wissenschaftliche Studien über Natur und Herkunft der traditionellen Kunstsprache der Medizin gemacht hat. Ich habe hier drei Vorträge über den wahren Charakter der überlieferten Berufssprache des Arztes gehalten und habe durch gedruckt verteilte Belege und Beispiele von unanfechtbaren Beobachtungen sie als ein esoterisches Kunstgebilde und Testament des Altertums aufgezeigt. Allen ist bekannt, dass es künstlich gemachte Sprachen gibt. Sie haben Prof. Ostwald über Esperanto sprechen hören und wissen, dass es Volapük gegeben hat.

Ein analoges Kunstwerk von tausendfach erhöhtem Kunstwerte ist — in humoristisch-satyrisch allegorischer Personifizierung—unser weltberühmter Homunculus Paracelsi. Sein Sprechapparat sind die elementaren Laute der alten Kultursprachen; was er weiss und will, sagt er in Anagrammen (Buchstaben-Versetzungen) feststehender Lautzeichen-Gruppen.

Ich kann die Resultate 25jährigen Forschens in einer 10 Minuten-Diskussion nicht darlegen, aber ich will Sie doch in wenigen Augenblicken überzeugen, dass es am Ende doch der Mühe wert sein dürfte, meine Thesis zu beachten.

Nehmen Sie die einfachen Laute der Kultursprachen:

a e i o u	c p t	l m n r
(vocales)	(tenues)	(liquidae)
	s	
	(sibilans)	

Voces memoriales: **Plumicantores** oder **Pulmonicrates.**

Sie können im Englischen oder Deutschen daraus keinen Satz zustande bringen, der beachtenswerten Sinn gibt, nicht einmal im Griechischen. Sobald Sie aber das Lateinische nehmen, so sprudelt eine anscheinend unversiegbare Quelle von Anagrammen unter sich sinnvoll zusammenhängender Bedeutungen, da auch multiple Wiederholungeen gegebener Lautgruppen anagrammatisch nicht nur sprechen, sondern auch metrisch singen.

1. Pulmonicrates (der Lungenstarke, mit Spiritus h = homuncli partes) sagt:
2. Plumicantores
3. alent mi corpus. (corpus latinem)
4. In me cor pulsat;
5. Pum salit en cor.
6. Muscli parento!
7. Arcti pulmones
8. per loca sunt mi;
9. spiranto lucem!
10. Pura colit mens.
11. Senti n oraclum!
12., 13. Oraclum serpentipilo sanctum,
14. N Contemplaris plumicantores; **Sapientum oraculis** complentur.

etc., etc., etc.

Dr. A. Rose: Ich habe gar kein Verständnis für die eingehenden Studien, die Dr. Riedel vorgebracht hat und die mit meinem Vortrag in gar keinem Zusammenhang stehen. Ich

habe doch nur über Onomatologie in der medizinischen Kunstsprache gesprochen, soweit sie sich auf griechische Wörter bezieht.

Dr. D. Cook: Ich glaube, wenn wir die Nomenklatur in einer Sprache haben, deren Wurzeln wir gut kennen, dass wir dann ein besseres Verständnis dafür haben werden, was die Wörter bedeuten. Nehmen wir die Wörter der deutschen Sprache, die den Amerikanern so schrecklich aussehen: uns sind sie leicht. Das Griechische hat vor der deutschen Sprache noch das voraus, dass es eine reine Sprache ist und so ausdrucksvoll, dass die römischen Gelehrten griechisch schrieben, weil sie sich darin besser ausdrücken konnten.

Ich glaube, Dr. Rose hat recht. Man wird vielleicht später nicht mehr lateinisch-griechische Wörter zusammenschmelzen, eben weil jetzt eine Opposition gegen die griechische Sprache vorhanden ist. In Oxford will man die griechische Sprache als eine tote Sprache fallen lassen. Das kommt einem sonderbar vor, wenn man bedenkt, dass die Griechen doch noch griechisch sprechen, und viele Tausende bezeugen, dass die Sprache nicht nur der alten ähnlich, sondern dieselbe ist. In Asien wird die Sprache von Millionen gebraucht — dass man diese Sprache in Oxford fallen lassen will, wird dazu dienen, sie wieder hervorzuheben. Die Opposition stärkt gewöhnlich die Sache, die unterdrückt werden soll. So wird es vielleicht auch mit der griechischen Sprache gehen.

b. Dr. F. Bierhoff: **Beiträge zum Studium der Prostatitis gonorrhoica.**

Der Vortragende, auf Basis eingehender Untersuchungen bei seinen Privatpatienten, kommt zu den Schlüssen, dass in einem grossen Teile aller Männer eine vorher anwesende Kongestion der Urethra posterior und Prostata Anlass zum Ueberschreiten des gonorrhoischen Prozesses von der Urethra anterior auf die Urethra posterior und Prostata gibt, dass, ohne Ausnahme, eine Prostatitis sich immer der Urethritis posterior anschliesst, wenn auch nicht immer eine prostatische Infektion. In 85 Prozent aller seiner subakuten oder chronischen Gonorrhoen fand er eine gonorrhoische Prostatitis. Unter 311 Fällen fand er eine Urethritis posterior bei 148, oder 47.5 Prozent, eine Prostatitis dagegen bei 155 oder 49.5 Prozent.

Unter 149 bis zu Ende behandelten Fällen, welche mit unkomplizierter Urethritis anterior in die Behandlung kamen, haben 17, oder 11.4 Prozent, eine Urethritis posterior entwickelt, dagegen nur 13, oder 8.4 Prozent, eine gonorrhoische Prostatitis. Unter 77 abortiv behandelten Fällen entwickelte sich eine gonorrhoische Prostatitis in nur 4 Fällen, oder 5.2 Prozent.

Im allgemeinen, findet B., nimmt die gonorrhoische Prostatitis einen milden Verlauf und ist in der grossen Mehrzahl der Fälle vom katarrhalischen Typus.

Den milden Charakter der Krankheit im Allgemeinen schreibt B. zum Teile dem Charakter des prostatischen Epithels, zum Teile der (meist ausgesprochen) alkalischen Reaktion des Prostatasekretes zu, wodurch die Virulenz und Entwickelungsfähigkeit der Gonokokken herabgesetzt werden sollen.

Diskussion. Dr. Ludwig Weiss: Der Vortrag des Herrn Dr. Bierhoff hat das Thema erschöpft und alle Punkte beinahe bis zur Vollkommenheit gedeckt, so dass meritorisch wenig beizufügen ist. Die Prostata als ein Organ, das einen dreifachen Beruf hat, ist eminent dazu angetan, die Zielscheibe nicht nur von Infektionskrankheiten, sondern auch verschiedener Insulten zu sein. Sie wissen, dass sie zunächst ein sekretorisches Geschlechtsorgan, dann ein muskulöses Organ und endlich auch ein nervöses Organ ist, das reichlich mit Nerven ausgestattet ist. Sie wissen auch, dass es ausser in gonorrhoischen Prozessen auch mit erkrankt bei Krankheiten des Rektums, Exzessen in Baccho und Venere, und so ist es kein Wunder, wenn die Prostata bei akuter Gonorrhoe so häufig in Mitleidenschaft gezogen wird. Es war in-

teressant, zu hören, dass der Prozentsatz der akuten Prostatitis trotz der neuen Methoden und neuen Mittel, mit der wir die Gonorrhoe behandeln, noch nicht bedeutend abgenommen hat. Es schwankt immer noch zwischen den extremen Zahlen von 3—100 Prozent. Diese Divergenz wird wohl darauf zurückzuführen sein, dass manche Beobachter vielleicht nur eine sehr schwere Prostatitis als akute Prostatitis gonorrhoica betrachten, andere wieder alte, die wieder aufflackerten, als solche mitzählen. Doch den Löwenanteil nimmt die Gonorrhoea acuta ein, denn es ist ja eigentlich der Gonokokkus der die Infektion, die akute Prostatitis erzeugt.

Man könnte neben dem Gonokokkus die Methoden, die heutzutage zur Behandlung der Gonorrhoe gebraucht werden, mit als hauptsächliches ätiologisches Moment für das Vorkommen der gonorrhoischen Prostatitis geltend machen. Da steht allen voran die hohe Irrigations-, die sogen. hydrostatische Methode, die Infektionsmaterial von einem kranken Organ in einen gesunden Abschnitt hineinspült, welche die Harnröhre aufbläht, ad maximum dehnt, Fissuren erzeugt und eine Impfungsstelle schafft, wo die Gonokokken sich sehr schnell einnisten können. Ich habe daher seit einiger Zeit die hydrostatische Irrigationsmethode aufgegeben und mich der grossen, 150 Gramm haltenden Stempelspritze bedient. Bei dieser ist der den Piston vorschiebende Daumen in innigstem Rapport mit dem Schliessmuskel. Er nimmt sofort seine Kontraktion als Widerstand wahr und kann infolge dessen mit dem Vorstoss des Pistons zurückhalten oder ihn vermindern, was bei der hydrostatischen Methode nicht möglich ist. Der Prozentsatz der Komplikationen war auch dadurch ein kleinerer geworden, aber ich muss sagen, auch da haben sich trotz grösster Vorsicht, besonders bei kleinkalibrigen Harnröhren, Dehnungen erzeugt und sind Fissuren entstanden und es kam zur Prostatitis.

In den letzten zwei Jahren habe ich daher auch die grosse Stempelspritzmethode aufgegeben und mich der sogenannten kurzen, vorderen Injektion bedient, mit der kleinen 4—6 Gramm haltenden Stempelspritze. Mit dieser fand ich, dass Komplikationen noch seltener waren. Aber ich muss gestehen, dass ich selbst mit dieser Spritze bei engkalibrigen Harnröhren Komplikationen hatte, welche eine Entzündung der hinteren Urethra und damit Prostatitis hervorriefen. Daher gehe ich jetzt so vor, dass ich die Aufblähung nicht ad maximum vornehme und dadurch bessere Resultate erziele. Ich habe es mir angelegen sein lassen und im vorigen Jahr sowohl bei Tieren als an der Leiche Versuche gemacht mit Einspritzen von Farbflüssigkeit und Medikamenten, um zu sehen, ob irgend welche Stelle ungefärbt bleiben würde, wenn man die Urethra n i c h t ad maximum bläht. Ich habe gefunden, dass trotz Mangel an Dehnung und Ballonierung oder Aufblähung der Harnröhre das Medikament, oder die Farbflüssigkeit mit allen Stellen der Schleimhaut, auch zwischen den Leisten, in Berührung kam. Die Längsfaltung der Harnröhrenschleimhaut, wie jeder, der endoskopiert, sie gesehen hat, sind so fein, die Streifen so haardünn, dass eine Ballonierung nicht nötig ist, um das Medikament mit der Schleimhaut völlig in Berührung zu bringen. Es diffundiert sich auch ohne dies überall hin.

Ich fürchte, dass einige der Herren, die sich meiner früheren Auslassungen erinnern, dies als einen Rückschritt betrachten werden. Es ist dies ja ein Zurückkommen auf eine alte Methode, aber selbst wenn es eine alte Methode wäre, ist sie deshalb noch nicht schlecht oder obsolet. Wir waren ja auch als jüngere Aerzte früher schematisch mit dem Pinsel bewaffnet und glaubten sehr gut zu handeln, wenn wir dem sich energisch währenden Kind damit in den diphtheritisch belegten Rachen fuhren. Wir wissen, dass wir dadurch Larynxdiphtherie erzeugten. Die Methode ist längst aufgegeben. Und so glaube ich, dass, abgesehen von dem ätiologischen Moment bei der akuten Gonorrhoe, wo die Gonokokken von selbst in die Pars posterior dringen, die moderne me-

chanische Behandlung, der hydrostatische Druck, die Ausdehnung, Ballonierung der Urethra ein Hauptmoment für die Akquirierung der akuten Prostatitis gonorrhoica abgibt, und dass eine Wiedereinführung der älteren Methode kombiniert mit dem Gebrauch von Silberweiss-Präparaten, besonders des Protargols, den Prozentsatz dieser Komplikation erheblich vermindern wird.

Dr. L. Heitzmann: Da ich selbst über die praktische Seite des Vortrags von Dr. Bierhoff keine Erfahrung habe, so möchte ich nur einige Worte über die Diagnose der Prostatitis bemerken.

Was zunächst das von Dr. Ewald erwähnte Kulturverfahren betrifft, so kann ich sagen, dass ich in den letzten fünf Jahren Hunderte von Kulturen angelegt habe und heute noch nicht behaupten kann, dass uns das Kulturverfahren in den meisten Fällen viel hilft. Wenn wir das Sekret genau mikroskopisch untersuchen, werden wir entschieden mindestens ebenso häufig die einzelnen Gonokokken finden, als wir eine Entwickelung auf den Kulturen bekommen. Oft genug ist das Kulturverfahren vollkommen negativ, wo ganz bestimmt einzelne Gonokokken vorhanden sind.

Hauptsächlich möchte ich aber ein Wort über die Diagnose der Prostatitis sagen, da doch die klinischen Symptome, wie wir heute abend wieder gehört haben, nicht immer derart sind, dass eine Diagnose gestellt werden kann. Eine Diagnose der Prostatitis ist jedoch nicht nur durch Untersuchung des Prostatasekrets zu machen, sondern kann in so ziemlich jedem Fall durch mikroskopische Harnuntersuchung gestellt werden. Die Epithelien der Prostata sind charakteristisch. Wie Dr. Bierhoff schon erwähnt, sind es teilweise Zylinderepithelien, teilweise kubische Epithelien, welche die Prostata bekleiden. Mag die Prostatitis noch so gering sein, mag sie keine oder so gut wie keine Symptome geben, die mikroskopische Untersuchung des Harns lässt erkennen, dass wenigstens eine Kongestion der Prostata vorhanden ist. Wenn wir viele Fälle von akuter gonorrhoischer Urethritis untersuchen, werden wir finden, dass nicht in 3, sondern in 90—100 Prozent mindestens eine Kongestion der Prostata vorhanden ist, und diese Kongestion führt häufig genug weiter zu chronischer Prostatitis. Eine derartige chronische Prostatitis mag viele Jahre lang dauern und führt fernerhin zu anderweitigen Entzündungen.

Dr. Herman G. Klotz: Ich stimme in einem Punkte mit dem Redner überein, dass möglichst frühe Behandlung jedenfalls das beste Mittel zur Verhinderung der Komplikationen der Gonorrhoe ist. Es kommt immer doch etwas auf die Methode an, wie Dr. Weiss erwähnt hat. Die forcierte Irrigation der Blase mit hohem Druck ohne Katheter ist erst vor einigen Wochen von Dr. Christian in Philadelphia geradezu als häufigste Ursache der akuten Prostatitis angeführt worden, und wenn man es auch nicht beweisen kann, so habe ich doch selbst auch aus Fällen, die ich in Behandlung bekommen habe, den Eindruck gewonnen, dass sehr viel Wahres daran ist.

Wenn der Vorredner von Kongestion sprach und diese strenge von Entzündung scheidet, so ist mir doch nicht denkbar, dass man eine absolut scharfe Grenze zwischen beiden ziehen kann. Wenn Sie eine vermehrte Abstossung von Epithelien haben, so ist schon mehr als Kongestion, d. i. eine grösere Füllung der Blutgefässe, da. Wo da Entzündung anfängt und Kongestion aufhört, ist mir in der Praxis nicht ganz einleuchtend, klinisch jedenfalls ist es schwer, eine strenge Grenze zu ziehen. Die Beschreibung der einzelnen Formen, wie katarrhalische, follikuläre u. s. w. hört sich ganz hübsch an, aber in Wirklichkeit laufen sie viel ineinander über, und es ist oft schwer, zu sagen, was katarrhalisch ist oder parenchymatös oder follikulär, umsomehr da die Untersuchung per rectum bei weitem nicht in allen Fällen imstande ist, absolut sichere Auskunft über die Beschaffenheit der Prostata zu geben.

Was die Gewinnung des Inhalts der

Prostata anlangt, so ist es sehr wahrscheinlich, dass Sie mit den angegebenen Methoden das Prostatasekret gewinnen, aber eine absolute Sicherheit, dass Sie nichts weiter als dieses haben, besteht nicht. Da münden noch verschiedene andere Gänge ein, wie der Utriculus masculinus, die Duct. ejaculatorii, die Cowper'schen Drüsen etc., und wenn Sie noch so zart drücken, können Sie nicht vermeiden, diese mit zu entleeren. Ich habe früher einmal einen solchen Fall beschrieben, wo ich Eiterung aus dem einen Duct. ejaculatorius und aus dem Ductus der Cowper'schen Drüse nachweisen konnte.

Was die Frage der Alkalescenz des Prostata-Sekrets betrifft, so ist diese verschiedentlich angefochten worden, und kürzlich ist erst wieder aus Jadassohn's Klinik behauptet worden, dass es nicht alkalisch ist.

Ich habe mich nie dazu verstehen können, wie Finger verlangt, eine so scharfe Trennung in Urethritis anterior und posterior anzunehmen. Wo ist da die Grenze? Wo der Schliessmuskel ist? Der bildet keine scharfe Linie. Mit dem Endoskop kann man absolut keine Grenze oder Unterscheidungsmerkmal wahrnehmen.

Noch einen Punkt möchte ich erwähnen. Dr. Bierhoff sagt, wenn ein Abszess in die Harnröhre durchbricht, so ist das am günstigsten, günstiger als wenn er ins Rektum geht. Aber wenn Sie eine grössere Abszesshöhle haben, schon etwa wie eine kleine Haselnuss, und der Abszess bricht mit ziemlich weiter Oeffnung in die Harnröhre durch, so ist das einer der fatalsten Zustände, den Sie haben können. Wie wollen Sie den heilen? Auch mit der grössten mechanischen Kunst haben Sie kein Mitel, die Höhle auszukratzen, da müssen Sie schon vom Perineum ausgehen. Es ist mir ein Fall bekannt, wo der Druchbruch eines solchen Prozesses in die Blase erfolgt ist. Das ist das allerungünstigste. Der Durchbruch ins Rektum kann unangenehm werden, aber nicht immer. Es mag im Lichte moderner Chirurgie verwerflich sein, aber in der Praxis ist die Eröffnung eines Abszesses vom Rektum aus vorzuziehen, denn es ist einfacher als das Eingehen vom Perineum aus. Eine Autorität wie Dr. Gerster hat wenigstens noch vor einigen Jahren die Meinung ausgesprochen, dass es wohl gerechtfertigt ist, solche Abszesse vom Rektum aus zu öffnen.

Endlich möchte ich doch noch darauf aufmerksam machen, dass die Reizzustände oder Kongestion der prostatitischen Urethra nach Masturbation, Exzessen in Venere etc., auf deren Entdeckung Herr Dr. Bierhoff sich viel zu Gute zu tun scheint, schon längst bekannt gewesen sind, und dass schon vor der Einführung des Endoskops und Entdeckung der Gonokokken eine Masse Literatur über dieselben veröffentlicht worden ist. Es kann sich also nur um eine Wiederentdeckung handeln.

Dr. C. E. Pfister: Anschliessend an die Worte des Herrn Dr. Klotz möchte ich bemerken, dass, um einen Abszess der Prostata vom Rektum aus zu eröffnen, es unbedingt notwendig ist, deutliche Fluktuation von dort aus zu fühlen. Am zweckmässigsten habe ich folgende Methode zur Ausführung der Operation gefunden, die auch der allgemeine Praktiker in seiner Office ausführen kann: Man lege Patienten in rechter Seitenlage auf einen Tisch, das linke Knie an den Leib gezogen, führe ein einseitiges Spekulum ein gegen die hintere Wand des Rektums und halte es mit der linken Hand fest. Dann nehme man ein starkes, gekrümmtes, spitzes Tenotom und stosse es in den höchsten Punkt des Abszesses ein und dilatiere sofort stumpf mit einer sofort eingeführten Arterienklemme. Der Eiter fliesst so am besten ab und Blutung und Infektion wird vermieden.

Dr. B. Lapowski: Ich möchte mich in meinen Bemerkungen hauptsächlich auf folgende Frage beschränken: Sind die Patienten mit Prostatitis gonorrhoica, die man am Ende einer systematischen Behandlung als geheilt erklärt, auch wirklich geheilt? Das heisst, dürfen sie heiraten, ohne Gefahr zu laufen, ihre Frau anzustecken? Wenn wir bei Palpation die Prostata normal finden, wenn das Se-

kret, das wir auf irgend eine Art bekommen, keine Gonokokken mehr enthält, das beweist noch nicht, dass die Prostata keine Gonokokken beherbergt. Das geht aus folgenden Tatsachen hervor:

Erstens. Der Gonokokkus bleibt nicht auf der Oberfläche der Kanäle, die er infiziert, sondern er dringt in die Gewebe ein und kann daselbst jahrelang virulent verharren. So wurde er gefunden in der Wand der Bartholin i'schen Drüse, der Blase, des Eierstocks und, last, not least, der Prostata.

Zweitens. Unsere Untersuchungsmethoden sind ungenügend, denn wir können mit denselben Gonokokken, die ins Gewebe eingebettet sind, nicht immer an die Oberfläche befördern. Dies trifft besonders für die Prostata zu. Die Prostata besteht grob anatomisch aus Drüsen- und Muskelgewebe. Die Drüsen, ungefähr 30—40 an der Zahl, bilden ein weit verzweigtes Netz von Kanälen, die vielfach miteinander anastomisieren, wie Sie aus den beifolgenden Figuren in dem neuesten Werk des Prof. Dr. C. J. Eberth, „Die männlichen Geschlechtsorgane", S. 151, ersehen können. Die Muskularis reicht direkt bis an die Submukosa und mit feinen Ausläufen die Drüsenalveolen umspinnend. Durch eine Kontraktion der gesamten Muskulatur, wie sie beim Koitus stattfindet, kann sehr wohl die ganze Drüse ausgequetscht werden. Durch Massage vom Rektum aus kann dies nicht im selben Masse erreicht werden. Man kann nach den Abbildungen sich sogar vorstellen, dass durch derartige Manipulationen das Sekret in einzelne Buchten hineingepresst wird. Die Kontraktion, die beim Koitus stattfindet, ist eben eine ganz andere, eine viel gänzlichere, als die, welche bei der Massage stattfindet. Davon kann man sich durch Untersuchung des auf verschiedene Weise gewonnenen Sekrets überzeugen. Ausserdem kann man die Seitenlappen der Prostata mit dem Finger gar nicht erreichen.

Der beste Beweis für die endgiltige Heilung einer prostatischen Gonorrhoe ist gegeben in dem späteren Zustande der Frau des betreffenden Patienten. Wenn die Frau während des ersten Jahres der Ehe, und namentlich nach der ersten Entbindung, keine Zeichen von Gonorrhoe aufweist, wenn sie ferner mehrere Entbindungen durchmacht, ohne gonorrhoisch zu erkranken, dann kann man annehmen, dass der Mann geheilt war. Das ist nach meiner Ansicht der einzige überzeugende Beweis.

Es ist bekannt, wie enorm häufig die latente Gonorrhoe bei der Frau ist, und zwar auch bei unschuldigen Frauen. Wir können daraus schliessen, dass ein grosser Prozentsatz der Männer die Gonorrhoe gehabt und als geheilt erklärt worden waren, tatsächlich nicht geheilt waren, und darunter befindet sich sicher eine grosse Zahl, die von sachverständigster Seite systematisch behandelt worden waren.

Gelegentlich heilt Gonorrhoe von selbst aus. Die gewöhnliche Behandlung der Prostatitis gonorrhoica kann Symptome beseitigen, sie ist aber nicht im stande, die in den Drüsen angesiedelten Gonokokken zu vernichten — und das ist die Hauptsache.

Dr. Geo. Mannheimer: Da die Tripperkranken mit ihren Komplikationen gelegentlich auch zu dem allgemeinen Praktiker kommen, möchte ich einige Worte zufügen. Ich möchte zunächst hören, wie das normale Prostata-Sekret aussieht, und wie es durch Erkrankung verändert wird.

Die Ausführungen von Dr. Klotz waren für den Praktiker lehrreich. Wir wissen nicht, wo die Urethritis posterior aufhört und die Prostatitis anfängt, und ich möchte gern vom Vortragenden Anhaltspunkte haben, um zwischen Urethritis und Prostatitis und Cystitis aus klinischen Symptomen sowohl wie aus Untersuchung des Sekrets zu unterscheiden. Nachdem ich den Aufsatz von Posner gelesen, habe ich dem Prostata-Sekret einige Aufmerksamkeit geschenkt. Das normale Prostatasekret stellt eine dünne Milch dar, die neben Epithelien, Prostatakörperchen und Spermakrystallen noch kleinste Kügelchen von Lecithin als charakteristischen Bestandteil enthält. Ist der Abfluss des Sekrets ge-

hemmt, so erfolgt Leukozyteneinwanderung, und die Leukozyten nehmen die Lecithinkörnchen durch Phagozytose auf und sehen aus wie Körnchenkugeln. Eine solche Sekretstauung kann durch Massage leicht beseitigt werden. Wo fängt aber die Prostatitis an? Dr. Bierhoff sagt, man soll nur die kranken Teile der Prostata massieren. Dazu gehört ein sehr fein ausgebildetes Tastgefühl. Wenn Dr. Weiss sagt, dass manchmal die Behandlungsmethode für die Häufigkeit der Prostatitis verantwortlich zu machen ist, so ist dazu auch die Massage zu rechnen.

Dr. F. Bierhoff (Schlusswort): Antwortlich der Bemerkung von Dr. Weiss möchte ich nur sagen, dass ich auch prinzipiell gegen die Irrigationsmethode mit hohem Druck in der Behandlung der Gonorrhoe bin. Um die Entwicklung der Komplikationen möglichst zu vermeiden und sie durch die Behandlung nicht hervorzurufen, muss man möglichst genau den Druck kontrolieren können, und das ist uns nur durch Anwendung der Spritze möglich. Selbstverständlich, wenn man mit irgend welcher Spritze irgend eine Flüssigkeit in die Urethra hineinspritzt und dies nicht äusserst sanft und mit Rücksicht auf die Kontraktion der Muskeln macht und sehr vorsichtig, so ruft man diese Kontraktion der Muskeln hervor, und dadurch, dass dieser Krampf hervorgerufen wird, wird es nötig, mit forciertem Druck zu spülen. Es ist möglich, diese Kontraktion zu vermeiden, wenn man nach der sorgfältigen Ausspülung der vorderen Harnröhre die hintere Harnröhre durch eine Mischung von Kokain und einer von unseren üblichen Gonokokkentötenden Lösungen anästhesiert. Wenn man das tut, so lässt die Kontraktion absolut nach, und man kann, ohne dem Patienten irgend welche Schmerzen zu verursachen, die Spülflüssigkeit in die Urethra posterior und die Blase hineinbringen. Ich möchte sagen, wenn man vorsichtig mit den Spülungen umgeht und Rücksicht auf die Empfindlichkeit seiner Patienten nimmt, so tritt die Komplikation in dem kleinsten Prozentsatz der Fälle auf. Der kleinste Prozentsatz der Komplikationen trat unter den Fällen auf, die abortiv behandelt wurden; Fälle, bei denen die ganze Harnröhre durchgespült worden ist.

Was Dr. Ewald's Bemerkung wegen des Kulturverfahrens betrifft, so ist es selbstverständlich, dass man bei solchen Fällen, wo man nicht sicher sein kann, ob man Gonokokken hat, das Kulturverfahren anwenden soll. Es handelt sich aber in diesem Fall nicht um eine einmalige Untersuchung. Man kann wiederholt untersuchen, und wenn man die Gonokokken nicht bei der ersten Untersuchung findet, so findet man sie bei einer späteren.

Das Prostatasekret zu gewinnen, hat wenig Schwierigkeit, wenn man sorgfältig zu Werke geht und sich nicht nur auf das makroskopische Aussehen des gewonnenen Sekrets verlässt, sondern auch auf das mikroskopische. Wer sich viel mit Mikroskopie beschäftigt und seine Fälle konsequent untersucht, ist im stande, mit Sicherheit zu sagen, ob er ein Prostatasekret untersucht oder ein Urethrasekret. Die Epithelien sind absolut verschieden, sowie das übrige Aussehen der Sekrete.

Wenn Dr. Klotz sagt, dass die Alkalescenz des Sekrets vielfach angezweifelt worden ist, so kenne ich diese Tatsache genau, und doch muss ich behaupten, das ich bei der Untersuchung von mehreren hundert Prostatasekreten verschiedener Patienten in der grossen Mehrzahl der Fälle gefunden habe, dass das Sekret sehr deutlich alkalisch war und nur in der Minderzahl leicht sauer.

Bei grösseren Abszessen, die sich in die Urethra posterior öffnen, muss man selbstverständlich eine Gegenöffnung durch den Damm machen. Meine Erfahrung auf dem chirurgischen Gebiete ist zu gering, als dass ich mich irgendwie autoritativ darüber äussern könnte. Aber die meisten Chirurgen werden mir beistimmen, wenn ich sage, dass eine Inzision vom Damm her eine weit chirurgischere und ratsamere ist als eine Oeffnung eines Prostataabszesses vom Rektum aus.

Auf Dr. Lapowski's Frage, ob man die Prostatitis definitiv ausheilen

kann, muss ich wieder und ganz bestimmt mit Ja antworten. Selbstverständlich, wenn man einen Patienten untersucht und in einer oder mehreren Untersuchungen keine Gonokokken findet, aber mehrere Epithelzellen und Eiter, so ist man nicht berechtigt, den Patienten als geheilt zu entlassen. Findet man aber nach wiederholter Untersuchung ein vollständig normales Sekret, nicht makroskopisch, aber mikroskopisch und bleibt dieses Sekret normal und keimfrei trotz wiederholter Anwendung der Reizproben, so ist man doch berechtigt, zu sagen, dass dieser Patient seiner Gonorrhoe enthoben ist.

In Bezug auf die Frage, ob man die Gonokokken definitiv aus den Drüsenkanälchen und Zellen entfernen kann, will ich die Sache so darstellen: Würde Dr. Lapowski behaupten, dass, weil der Mensch die Lunge nicht auf einmal von der Luft entleeren kann, doch der Luftwechsel in der Lunge nicht ein vollständiger im Laufe der Zeit ist? Ich glaube ganz entschieden, dass die Entleerung und definitive Ausheilung in der Prostata so zustande kommt, dass man durch die Massage einen Teil des Prostatasekrets bei jeder Behandlung ausmassiert und durch wiederholte Massage allmählich das ganze Prostatasekret definitiv aus den Drüsenschläuchen befördern kann. Es ist eine Tatsache, dass die Gonokokken sich in dem Prostatasekret schlecht vermehren, dass sie ihre Entwicklungsfähigkeit einbüssen, und das ist eben der beste Schutz des Körpers gegen das Vorschreiten einer Gonorrhoe. Ich bin geneigt, zu sagen, dass man die Prostatitis durch eine konsistente Behandlung definitiv heilen kann. Wenn Dr. Lapowski sagt, das einzige Kriterium für die Ausheilung sei, dass die Patienten sich verheiraten und ihre Frauen gesund bleiben, so befindet sich unter meinen Patienten eine ganze Anzahl, die sich verheiratet haben, die ich nach der Heirat habe kontrolieren können und deren Frauen absolut gesund geblieben sind.

Dass man **absolut und definitiv** feststellen kann, wann und wo eine Urethritis anterior aufhört und eine Urethritis posterior beginnt oder wo eine Prostatitis oder eine Cystitis anfängt, will ich nicht behaupten. Es ist aber möglich, zu bestimmen, ob der Patient eine wirklich ausgesprochene Urethritis posterior hat oder nicht. Bei völlig klarem zweitem Urin und bei längerem Verweilen der Gonokokken ist es die Pflicht eines jeden Urologen oder jeden Arztes, das prostatische Sekret auf Gonokokken zu untersuchen. Findet man auch bei klarem ersten Urin in dem Prostatasekret nach der von mir angegebenen Methode Gonokokken und Epithelien und Eiterzellen, so ist man berechtigt, zu sagen: hier liegt eine Prostatitis vor, ob der zweite Urin klar ist oder nicht. Kommt es vor, dass der Patient über häufigen Urindrang und Tenesmus klagt, so ist man nicht immer im stande, mit Sicherheit zu sagen, ob hier Urethritis posterior oder Cystitis vorliegt, denn die klinischen Symptome sehen sich sehr gleich. Aber in diesen Fällen kann man durch mikroskopische Untersuchung des Urins feststellen, ob eine Cystitis vorhanden oder ob es nur eine Urethritis ist. Im schlimmsten Fall ist man durch Einführung des Cystoskops leicht im stande, zu unterscheiden. Das ist für uns aber nicht notwendig. So genau braucht man nicht zu diagnostizieren. Die Behandlung ist die, dass die ganze Urethra posterior nebst Blasenhals und Blasenkavum behandelt wird.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Die Abstimmung hat ergeben, dass die Herren Drs. Johannes Hoving, De Witt Stetten, L. W. Zwisohn und Sophia Unger Chapman als Mitglieder der Gesellschaft aufgenommen sind.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
Sekretär.

Verein Deutscher Aerzte in San Francisco.

Sitzung vom 6. März 1906.

1. Herr Lehmann: **Demonstration von Resultaten nach Roentgenbehandlung.**

Meine Herren! Leider sind nur einige der Patienten, die ich hierher gebeten hatte, gekommen; ich kann Ihnen aber stereoskopische Photographien der meisten derselben zeigen, die den Zustand vor der Behandlung und das erreichte Resultat demonstrieren.

Fall 1 ist ein nunmehr 14jähr. Mädchen, das ich Ihnen bereits im Oktober 1904 vorführte, nach Abheilung eines **ulzerierten Lupus** der Nase im Anschluss an dreimonatliche Behandlung mit Röntgenstrahlen. Das damals erhaltene ideale Resultat (Fig. 1 u. 2) ist nicht nur rezidivfrei, sondern hat sich im Laufe der Zeit insofern verbessert, als die leichte oberflächliche Atrophie und Blässe der Haut vollkommen verschwunden ist, so dass der Sitz der Affektion nur mit Schwierigkeit nachgewiesen werden kann.

Fall 2. Eine 28jährige Frau, die ich wegen eines **papulo-pustulösen, parasitären Ekzems** am rechten Handrücken und Vorderarm, an beiden Wangen und Ohren, sowie auf der Stirn, mehrere Monate in der gebräuchlichen Weise mit wechselnden Salben und Pasten behandelt hatte, ohne ermutigende Resultate zu erzielen. Ich versuchte daraufhin die Röntgenstrahlen und binnen wenigen Wochen ist die ganze Affektion verschwunden bis auf eine kleine Stelle an der linken Wange, die noch in Behandlung ist und Ihnen eine Idee von dem Charakter der Erkrankung gibt.

Fall 3. Frau M., Alter 52, hatte einen **erhabenen, scharf umschriebenen Tumor** von Daumennagelgrösse nahe dem inneren Canthus des linken Auges. (Fig. 3.) Im Anschlusse an Reaktionen ersten Grades schälte sich die Haut mehrmals, bis schliesslich nur eine oberflächliche, weiche, bewegliche, blasse und leicht eingesunkene Narbe zurückblieb (Fig. 4), die jetzt, nach anderthalb Jahren, sich nicht verändert hat.

Fall 4. Herr F. B., 66 Jahre, hatte eine daumennagelgrosse **Infiltration der Haut** mit zentraler, etwa erbsengrosser Erhebung, die vor 5 Jahren zuerst sich zeigte, bereits zweimal den Röntgenstrahlen unterworfen worden war, aber rezidivierte, da die Induration anscheinend nicht ganz beseitigt war. (Fig. 5.) Das Resultat einiger weniger Behandlungen ergab eine oberflächliche, gut bewegliche Narbe, die jetzt, nach 5 Monaten, kaum sichtbar ist. (Fig. 6.)

Fall 5. Herr T. P., 80 Jahre. Vor 41 Jahren flog ein Stück Mineral gegen den rechten Nasenflügel und verursachte eine kleine Wunde, die seitdem nie vollkommen heilte, sondern im Gegenteil sich, wenn auch sehr langsam, so doch stetig vergrösserte, wenn sie auch in ihrer Ausdehnung durch Aufstreuen von Kalomelpulver aufgehalten werden konnte. Bei Beginn der Behandlung hatte der Patient eine **flache, daumennagelgrosse Ulzeration mit typischen indurierten** Rändern nahe dem rechten Nasenwinkel (Fig. 7). Nach zwei Behandlungen war das Geschwür überhäutet, während die Induration zwei Monate länger Behandlung benötigte. Der Patient hat jetzt eine harte sklerotische Narbe, deren Ränder noch nicht ganz verdachtsfrei sind und weitere Beobachtung -nötig machen (Fig. 8).

Fall 6. Herr Ch. B., 60 Jahre. Hat seit 15 Jahren ein typisches **Ulcus rodens** im linken inneren Augenwinkel (Fig. 9), das sich nach zwei Behandlungen überhäutete, aber einen kleinen, hanfkorngrossen Knoten am Nasenrande zurückliess (Fig. 10). Der Patient ist angewiesen, die Behandlung so lange fortzusetzen, bis auch diese Infiltration geschwunden ist; erst dann können wir den Patienten als geheilt und voraussichtlich sicher vor Rezidiv betrachten.

Fall 7. Herr J. M., 54 Jahre. Hat seit ungefähr 4 Jahren eine Anzahl hanfkorngrosser **epitheliomatöser Knoten** an der linken Wange, nahe dem unteren Augenlide, die einen, nach dem

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Auge zu offenen Halbkreis bildeten, der eine flache Ulzeration einschloss. Das Geschwür heilte nach wenigen Bestrahlungen, aber die Knoten bedurften über zwei Monate langer Behandlung, bis sie schliesslich verschwanden und eine oberflächliche, kaum sichtbare Narbe hinterliessen, die am unteren Rande noch eine leichte Verdickung, aber keine typische Infiltration mehr zeigt.

Fall 8. Herr J. E., 59 Jahre. Hatte eine **harte Induration** von etwas mehr als Daumengrösse an der Nasenwurzel, nahe dem inneren rechten Augenwinkel, mit einer zentralen, erbengrossen Ulzeration, der eine dicke, gelbe Kruste aufgelagert war. Patient hatte die Affektion seit zwei Jahren und war während der letzten zwei Monate mit modifiziertem Finsenlicht (London lamp) erfolglos behandelt worden. Nach 6 Röntgenbestrahlungen war nicht nur die Ulzeration abgeheilt, sondern auch die Induration der Umgebung vollkommen geschwunden und an ihrer Stelle eine blasse, atrophische, ein wenig eingesunkene und der Unterlage anhaftende Narbe übrig. Resultat seit Oktober 1904.

Fall 9. Herr P. R., 62 Jahre. Seit einigen Monaten bestand eine etwa bohnengrosse, oberflächliche **Ulzeration an der Unterlippe**, mit deutlich infiltrierten Rändern. Keine fühlbaren Drüsen. Nach wenigen Behandlungen promptes Verschwinden ohne Narbe (Fig. 11 u. 12). Der Fall muss unter Beobachtung gehalten werden, da Epitheliome der Unterlippe erfahrungsgemäss prompt rezidivieren.

Fall 10. Die Photographie dieses Mannes (Fig. 13 u. 14), vor und nach dreimonatlicher Röntgenbehandlung, soll Ihnen einen Begriff geben, was auch bei ausgedehnten und zerfallenden **Hautkrebsen** manchmal getan werden kann. Der Fall konnte leider nicht bis zum Ende verfolgt werden.

Zum Schlusse möchte ich darauf hinweisen, dass ich mir bei diesen Resultaten, die sämtlich oberflächliche und beginnende Hautepitheliome, vielfach vom benignen Charakter des Ulcus rodens betreffen, wohl bewusst bin, dass ein chirurgischer Eingriff meist schneller zum Ziele geführt haben würde, und andere Methoden wie Kauterisation, Arsenikpaste, Resorcin ähnliche Erfolge aufweisen können. Da aber der gewöhnliche Sitz dieser Epitheliome nahe dem inneren oder äusseren Augenwinkel oder im Nasenwinkel ist, führen Operationsnarben infolge Kontraktion sehr häufig zur Entstellung, durch Ektropion des Lides, Erweiterung und Verzerrung des Nasenloches etc. Abgesehen davon wissen wir alle, dass eine grosse Anzahl Patienten eine Operation glattweg abschlagen, zumal im Beginn der Affektion, wo sie keinerlei Beschwerden davon zu haben pflegen. Die genannten anderen Mittel sind sehr schmerzhaft und geben meist keine Dauerresultate. Bezüglich der letzteren kann ich in meinen Fällen nichts sagen, die bis jetzt vorhandenen Statistiken haben aber ergeben, dass die Rezidive nach Röntgenbestrahlung meist etwas weniger häufig denn nach Operationen zu sein pflegen. Das kosmetische Resultat ist jedenfalls besser wie nach jeder anderen Methode, die Anwendung absolut schmerzlos und heutzutage auch gefahrlos zu nennen. Ich möchte die Röntgenbehandlung in beginnenden und oberflächlichen Epitheliomen des Gesichts als die Methode der Wahl bezeichnen.

Diskussion. Herr Weil: Auch ich halte in diesen Fällen die Röntgenbehandlung für die Methode der Wahl und halte es für ungerechtfertigt, wenn ein Chirurg, dem die Röntgenstrahlen zur Verfügung stehen, zum Messer greift. Nicht ganz so viel Gewicht möchte ich auf die Entstellungen durch Narbenkontraktion legen; die lassen sich doch meist, im schlimmsten Falle durch Transplantation vermeiden. Vom Standpunkt der verschiedenen Malignität der Krebse scheint mir der eine Fall beachtenswert, der seit 41 Jahren beinahe unverändert bestand. Uebrigens können auch solche, ganz benign erscheinende Sachen manchmal ihren Charakter ändern und plötzlich sich nicht nur bedeutend ausbreiten, sondern sogar innere Metastasen machen und zum Tote führen. Ich habe bereits zwei derartige Beobachtungen gemacht.

Fig. 8.

Fig. 9.

Fig. 10.

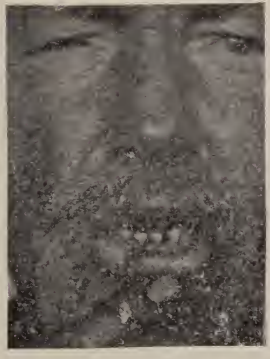


Fig. 11.

Fig. 12.

Fig. 13.

Fig. 14.

Herr Pischel fragt wegen der angeblichen Gefahrlosigkeit.

Herr Lehmann: Es ist richtig, dass die Röntgenstrahlen im Anfang eine Reihe unangenehme Verbrennungen erzeugt haben; wir haben aber mit der Zeit gelernt, unsere Dosen abzumessen, so dass wir heute den Effekt von Bestrahlungen gewisser Dauer ziemlich genau vorherwissen, wenn wir natürlich auch nicht im stande sind, die Dosen mit der Genauigkeit zu berechnen, mit der wir die Maximal- und Minimaldosen einer Drogue berechnen. Dazu gehört Erfahrung, die Röntgenbehandlung will gelernt sein, wie jede andere Methode. Wenn wir an unseren Apparat gewöhnt sind und unsere Röhren kennen, stets wissen, mit wie viel Ampères und Volts primären Stroms, Millampères sekundären Stroms wir arbeiten, welches das Vakuum unserer Röhre etc., etc., so können wir aus Entfernung und Expositionsdauer die Dosis soweit abmessen, dass wir wissen, ob sie von einer Reaktion ersten oder zweiten Grades gefolgt sein wird. Gerade bei den heute gezeigten Fällen, wo nur eine kleine Partie bestrahlt und die ganze Umgebung sorgfältig geschützt ist, wird ein geringes Variieren der Dosis nicht viel Schaden anrichten; die gesetzte Reaktion wird, wenn zweiten anstatt ersten Grades die Affektion sogar besser beeinflussen, nur die längere Zeit zur Abheilung und der geringere kosmetische Effekt kämen in Frage. Wir haben übrigens recht brauchbare objektive Messapparate, die uns vor Ueberdosen sehr wohl schützen; dies sind in erster Linie Holzknecht's Chromoradiometer, das die durch Röntgenstrahlung bewirkte chemische Zersetzung und Verfärbung gewisser Salze benutzt, um gemäss der durch bestimmte Röntgenwirkung erzeugte Farbengebung die Grösse der Dose zu ermitteln, sowie das auf ähnlichen Grundlagen beruhende Instrument von Sabouraud und Noiré.

2. Herr Barkan: **Vorführung des Thorner'schen Demonstrations-Ophthalmoskops mit Demonstration von Patienten.**

Der Thorner'sche Apparat ermöglicht nicht nur, jedem der Ophthalmoskopie Unkundigen den Augenhintergrund zu demonstrieren und so Studierenden, die den Gebrauch des Ophthalmoskops erlernen sollen, eine Idee zu geben, was sie bei der Beobachtung des Augenhintergrundes erwarten müssen, sondern es erlaubt dem demonstrierenden Lehrer auch die ständige Kontrolle dessen, was der Schüler sieht. Um bestimmte Partien des Augenhintergrundes längerer Beobachtung zu unterziehen, lässt sich das Auge dadurch feststellen, dass das andere Auge das Spiegelbild einer Kerzenflamme in einem kleinen seitlich angebrachten Spiegel fixiert. Die Pupille muss zu diesen Untersuchungen stets erweitert sein, und zwar empfiehlt sich zu diesem Zwecke Homatropin mehr als Atropin, da das letztere manchmal eine leichte Trübung der Hornhaut herbeiführt, und weil die Wirkung des Atropins oft unerwünscht lange anhält. Ausser den offenbaren Vorzügen zu Demonstrationszwecken kann das Instrument aber auch diagnostisch gebraucht werden, da eine Anzahl Objektive die scharfe Einstellung der Pupille nur unter gewissen Umständen, bei Myopie resp. Emmetropie etc. gestatten, so dass sich also bis zu einem gewissen Grade eine Diagnose dieser Zustände machen lässt.

Herr Barkan zeigt den Gebrauch des Apparates, demonstriert einen normalen Augenhintergrund und mehrere pathologische Sachen, unter anderem einen interessanten Fall von kompleter Papillenatrophie nach Syphilis.

3. Her Pischel: **Kollodium als Wundbedeckung nach intranasalen Operationen.**

Sie wissen, meine Herren, dass man nach intranasalen Operationen die offene Wundfläche, die oft zu unangenehmen Nachblutungen Veranlassung gibt, meist fest tamponiert, in den letzten Jahren vornehmlich mit der von Dr. Simpson eingeführten komprimierten Watte, die unter Aufsaugung des Sekretes auf das 4—5fache anschwillt und dadurch einen festen Druck ausübt. Freilich sind die Schmerzen oft sehr gross und die Schwierigkeiten, den Tampon hinter-

her wieder herauszubekommen, nicht zu unterschätzen. Bei einem Freunde, dem ich das alles ersparen wollte, kam ich auf die Idee, Kollodium anzuwenden, das ich seitdem immer benütze, und zwar nach einer grossen Reihe Versuche nunmehr immer in der folgenden Weise. Die Wundfläche wird mit Adrenalin anaemisiert, nach dem Vorschlage von Dr. Rixford mit Tct. benzoica bestrichen, und die kleine Stelle am hintersten Punkte der unteren Muschel, von der erfahrungsgemäss die Blutung gewöhnlich ausgeht, mit Acid. chrom. betupft, ein ganz kleines Stückchen der genannten komprimierten Watte dagegen gedrückt und mit einem Tropfen Kollodium festgeklebt. Das Kollodium verhindert die äusseren Schichten des kleinen Wattestückchens am Aufquellen, so dass der Druck nur auf das Gewebe stattfindet und ein ganz beschränkter ist. Während dieser Prozedur bläst der Assistent komprimierte Luft ein, um die Sache sogleich zum Trocknen zu bringen. Nach 4—5 Tagen, manchmal nach 1 Woche nehme ich den „Tampon" unter Kokainspray mit einer Pinzette heraus. Das herausgenommene sieht wie eine kleine Muschel aus, zeigt einen naturgetreuen Abguss der Stelle und beweist, wie exakt sich die Sache der in Frage kommenden Stelle anlegt (Demonstration einer grösseren Anzahl dieser, in Alkohol aufbewahrten „Abdrücke). Ich habe das Verfahren jetzt in 275 Fällen angewendet, und nur in 6 Fällen es für nicht ganz genügend befunden; auch diese 6 Fälle waren ganz anfängliche.

Diskussion. Herr Weil fragt, ob es niemals zu einer Sekretverhaltung unter dem Verbande kommt, sowie, ob Vortragender gewöhnliches oder Kollodium elasticum benutzt.

Herr Broderik fragt, ob der kleine Verband sich je losgelöst habe.

Herr Barkan fragt, ob das Verfahren, über das er keine eigene Erfahrung besitze, das aber nach dem Vorschlage des Herrn Pischel bereits verschiedentlich im Osten mit sehr gutem Erfolge angewendet worden sei und sich sicherlich zur Nachahmung empfehle, auch bei submukösen Resektionen des Septums angewendet worden sei.

Herr R. Cohn: Die Erfolge sind um so frappanter, als das Liegenlassen des Kollodiumverbandes das sonst übliche Wechseln, das in den meisten Fällen alle 24 Stunden vorgenommen wurde, unnötig macht.

Herr Pischel: Benutzt wurde stets gewöhnliches Kollodium; eine Sekretverhaltung kommt eigentlich nie vor; die Sache liegt so absolut fest an und saugt alles Sekret so prompt auf, dass ich nie in Verlegenheit gekommen bin. Sollte ja einmal etwas Sekret sich ansammeln, was sich deutlich bemerkbar macht, so wird der Verband einige Tage vorher gelöst. Von selbst hat sich der Verband nie losgelöst. Er ist übrigens auch, um Herrn Barkan's Frage zu beantworten, nach submukösen Septumresektionen verwendet worden.

4. Herr Rosenthal: Ich möchte Ihnen, meine Herren, von dem Patienten, dessen Kokainvergiftung ich kürzlich hier besprochen, berichten, dass er zur Operation zurückkam, und dass ich dieses Mal 3 prozent. Eukainlösung gebrauchte. Da ich der Anaesthesie mit Eukain nicht recht traue, gab ich vorher 0,01 Morphium und hatte ein ausgezeichnetes Resultat. Ich habe daraufhin bei einer Reihe Lokalanaesthesien Morphium vorausgeschickt, wie man das verschiedentlich bei Allgemeinnarkosen macht und stets eine vorzügliche Anaesthesie erzielt. Ich habe nur wenige Fälle bis jetzt in der Weise behandelt, glaube aber, dass sich dieses Verfahren sehr empfiehlt; in den meisten Fällen bin ich mit 5 Prozent Kokain ausgekommen, wo ich früher 20prozentige Lösung brauchte.

Diskussion. Herr Pischel glaubt nicht, dass dies eine Neuerung sei. Wenigstens habe er bei Antrumoperationen häufig der Lokalanaesthesie eine Morphiuminjektion vorausgehen lassen.
sen.

Herr Krotoszyner hat spinale Anaesthesien häufig mit Morphium kombiniert.

Herr Levison hat Schleich'sche Anaesthesien, die selten vollkommene Resultate aufwiesen, mit Morphium unterstützt.

Herr Stelzner macht darauf aufmerksam, dass es vor Jahren in vielen Kliniken Routine gewesen ist, alle Anaesthesien mit Morphium einzuleiten; dass man seit Ende der 90er Jahre aber mehr und mehr davon abgekommen sei, weil behauptet wurde, dass es die Respiration ungünstig beeinflusse.

Herr Weil erinnert sich ebenfalls, dass das Morphium in der Kocher'schen Klinik gang und gäbe gewesen sei, bis man einmal einen Atmungsstillstand beobachtet habe. Er macht ferner darauf aufmerksam, dass der Kollaps bei dem Rosenthal'schen Patienten sehr wohl deshalb ausgeblieben sein könnte, weil das Morphium die Reflexe herabsetze. Dr. Weil hatte beim letzten Male darauf hingewiesen, dass der Kollaps sehr leicht durch einen Reflex hervorgerufen gewesen sein könne, in Analogie zu den dem bei Allgemeinanaesthesien beobachteten Reflexkollapse.

Herr Rosenthal (Schlusswort).

5. Herr Krotoszyner zeigt die Roentgenplatten von einem Patienten, der schon verschiedentlich Kolikanfälle gehabt hatte und mit einer linksseitigen Steineinklemmung ins Hospital gebracht wurde. Die Platten zeigten deutlich auf beiden Seiten Steinschatten. Da Urin nur von einer Seite erhältlich war, konnte keine funktionelle Untersuchung vorgenommen werden. Trotzdem die rechte Seite im Roentgenbilde deutlich mehr Steine aufwies als die linke, musste erst an die linke, funktionell mehr geschädigte Niere herangegangen werden. Es wurden eine Anzahl weicher Phosphatsteine gefunden, die Vortragender herumzeigt.

Therapeutische und klinichse Notizen.

— *Thigenol in der gynäkologischen Praxis.* In einer ausführlichen Arbeit über die Wirkung des Thigenol in der Gynäkologie berichtet Dr. P. Batigne-Paris über 18 einer grösseren Reihe entnommenen Fälle, bei denen die Behandlung ausschliesslich in der Anwendug von Thigenol bestand. Als Adjuvans wurden nur warme Vaginalspülungen verwendet. Die Behandlung bestand darin, dass zweimal wöchentlich ein mit Thigenolglyzerin (45:100) getränkter Tampon aus hydrophiler sterilisierter Watte in die Vagina bis in die Cervix eingeführt und 24 Stunden belassen wurde. Vor und nach dem Tampon wurde je eine sehr warme Vaginalirrigation gemacht. Behandelt wurden in dieser Weise Fälle von Endometritis mit und ohne Ulzerationen, Stellungsanomalien des Uterus, namentlich Retroversionen und Adnexerkrankungen. Was vor allem in die Erscheinung tritt, das ist die Schmerzlinderung unter dem Einflusse der Thigenolbehandlung, die Patientinnen heben einstimmig gleich nach den ersten Tampons diese Wirkung des Thigenols hervor. Eine zweite auffällige Erscheinung ist die im Beginne der Behandlung sich einstellende Vermehrung des Ausflusses. Fast immer stellt sich gleich nach dem ersten Tampon ein durch das Thigenol bräunlich gefärbter Ausfluss ein, der in den nächsten Tagen zunimmt, dann aber abnimmt und fast ganz verschwindet. Die Cervixgeschwüre reinigen sich, bekommen ein frisch rotes Aussehen, bluten nicht mehr so leicht und verheilen allmählich vollständig. Auch die Blutungen werden durch das Thigenol günstigt beeinflusst. Aus seinen eingehenden Versuchen schliesst Verf., dass das Thigenol ein höchst schätzenswertes Mittel in der gynäkologischen Therapie bildet, welches alle bis nun angewandten Topica hinter sich lässt. (Gazette des Hôpitaux Nr. 123, 1904.)

— *Alypin, ein neues Lokalanästhetikum in der Ophthalmologie.* Dr. R. Weil, der das Alypin vom Standpunkte des Ophthalmologen allein untersuchte und Kontrollversuche am eigenen Auge vornahm, indem er das eine Auge mit Kokain, das andere zu gleicher Zeit mit Alypin anästhesierte, kann auf Grund seiner Erfahrungen das Alypin als einen vollwertigen Ersatz des Kokains bezeichnen und in allen Fällen empfehlen, in denen eine Mydriasis nicht geradezu notwendig ist.

Toxische Erscheinungen kamen niemals zur Beobachtung, die Anästhesie ist mindestens ebenso stark wie die durch Kokain hervorgebrachte; bisweilen wurde sie als stärker bezeichnet (bei gleichen Konzentrationen der Lösungen). Nebenwirkungen treten niemals auf. Keine Mydriasis, keine Akkommodationsstörungen, keine Erhöhung des intraokulären Druckes. Meist tritt eine Gefässerweiterung, eine geringfügige Rötung des Auges auf, die aber nach wenigen Minuten, spätestens mit Ablauf der Anästhesie verschwunden ist. Die letztere dauert bis zu 10 Minuten. Nach Ablauf der Anästhesie ist das Auge wieder normal, genau so, als wenn es nicht „alypinisiert" worden wäre. Auch sterilisierte und lange aufbewahrte Lösungen erfahren keine Verminderung ihrer anästhesierenden Wirkung, weder durch Trübung, noch durch Veränderung der chemischen Zusammensetzung. Die Resorption ist eine schnelle, die Anästhesie eine so prompte, dass z. B. Fremdkörperextraktionen direkt im Anschluss an die Einträufelung, längstens eine Minute später vorgenommen werden können. Es reizt nicht mehr und nicht weniger als das Kokain; hier scheinen individuelle Verschiedenheiten vorzulieegn. Keinesfalls ist diese Reizung, die gelegentlich etwa 20 bis 30 Sekunden anhält, eine derartige, dass dadurch die praktische Verwendung des Alypins — zumal angesichts seiner überwiegenden Vorzüge — in Frage gestellt wird.

Eine Austrocknung der Bindehaut tritt nicht auf. Auf diesen Punkt, der bei der manuellen und Vibrationsmassage des Auges von Bedeutung ist, macht W. besonders aufmerksam. (Med. Zentralztg., Nr. 36, 1905.)

— *Behandlung der chronischen gonorrhoischen Urethritis mit Collargol.* Nachdem Tansard früher bei der Behandlung akuter Gonorrhöen (zweimal täglich Urethra-Blasenspülungen mit 1 l Collargollösung 1 : 50) eine starke gonokokkentötende Wirkung und eine absolute Reizlosigkeit des Collargols auf Urethra und Blase konstatiert hatte, hat er es nun in ausgedehntem Masse bei der Behandlung alter chronischer Urethritiden in 4prozentiger Lösung verwendet. Von dieser Lösung instillierte er 2 cm, deren Wirkung er in ganz veralteten Fällen mit tiefen Läsionen der Mucosa dadurch zu verstärken sucht, dass er nach vorausgegangener Béniqué-Sondenmassage, Spülung und Instillation die Urethra hinter der Glans mittels eines Fadens abschnürt, was eine unter Umständen stundenlange Einwirkung des Collargols ermöglicht. In allen alten Fällen verschwinden die Gonokokken in weniger als 30 Instillationen. Im Anfang der Behandlung tritt manchmal eine nur kurz dauernde Steigerung des Ausflusses auf. Cystitis behandelte der Autor mit einmal täglichen Instillationen von 3—4 cm der 4prozentigen Lösung und heilte dadurch fünf von sechs Fällen in weniger als acht Tagen. Neben seiner deutlichen Wirkung auf Gonokokken hat das Collargol nach Angabe des Autors sehr wünschenswerte Vorzüge gezeigt: 1. absolute Reizlosigkeit auf Urethra und Blase, 2. absolute Schmerzlosigkeit der Behandlung, 3. Unmöglichkeit, durch Anwendung zu starker Lösungen Aetzwirkungen zu erzeugen, da das Collargol absolut nicht ätzt. (Journal des Praticiens, Nr. 20, 1905.)

— *Zur Behandlung der Angina lacunaris.* Gerson empfiehlt zur Behandlung der Angina lacunaris ein einfaches Verfahren, nämlich das Einführen einer Hohlsonde mit nach oben gerichteter Hohlrinne in die lakunären Gänge, um aus diesen damit die weichen Massen herauszubefördern. Dringt man vorsichtig mit der Hohlsonde vor, so entleeren sich mehr oder minder kompakte Pfröpfe, je nach ihrem längeren oder kürzeren Bestehen, welche aus Schleim, Epithel, Leukozyten und Bakterien bestehen. Die entleerte Lakune kann sich oft bis zum nächsten Tage wieder mit Sekret anfüllen. Die Sondierung ist also gewöhnlich zu wiederholen. Nach dieser Prozedur verschwinden die Schwellung und Rötung der Tonsillen und auch die subjektiven Beschwerden meist schon am folgenden Tage. Ist das nicht der Fall, so bestehen noch mit dem blossen Auge unsichtbare, gefüllte Lakunen. Diese werden entleert, indem man die Tonsille von allen Seiten mit dem Hartmann'schen Mandelquetscher massiert. Letzterer besteht aus einer an einem Stiele befestigten Metallkugel.

Der prompte Erfolg des Sondierungsverfahrens bei der Angina lacunaris lässt sich auch differentialdiagnostisch verwerten; denn bei Diphtherie wird das Sondieren, wenn es überhaupt möglich ist, keine Besserung der Symptome bewirken. (Med. Klinik, 1905, Nr. 36.)

Kleine Mitteilungen.

— *Welche Verdünnung des Alkohols ist notwendig, um ihn unschädlich zu machen?* Ueber diese Frage gibt Major P. W. O'Gorman, M.D., in einem unter dem Titel „Das Urteil der Wissenschaft über den Alkohol" in „The Medical Temperance Review" Vol. IX, Nr. 1 erschienenen längeren Artikel folgende zum Teile ganz neue Beobachtungen bietende Aufschlüsse: „Dies kann nur durch genaue Experimente entschieden werden. Der menschliche Organismus ist nichts wie die komplizierte Entwicklung einer einzigen Primordialzelle (des Eies). Mikroskopisch können wir die festesten Organe in Gewebe und diese in Zellen zerlegen. Ein Gift, das ein Organ angreift, muss seine letzten Bestandteile, die Zellen angreifen. Tierische und pflanzliches Zellprotoplasma bietet keine wesentlichen Verschiedenheiten. Die Doktoren Garrod, Dogiel u. A. haben bewiesen, dass Alkohol ein Protoplasmagift ist wie Chinin, Nikotin oder Opium und dass er die Bewegungsfähigkeit dieser Zellen verzögert oder zerstört, ihre Vermehrung aufhebt. Dr. Ridge fand, dass 1 Teil Alkohol in 100 Teilen Wasser Kressensamen tötet oder doch nur den Beginn der Keimung gestattet. Kleinere Mengen bis zu 0.01 Prozent, — 1 Tropfen auf 10.000 Tropfen Wasser — verzögerten deutlich das Wachstum und verhinderten ebenso die Entwicklung der Chlorophylls, so dass die Pflanzen blass wurden. Er demonstrierte der „British Medical Association" Photographien von zwei von derselben Pflanze herrührenden Geraniumablegern, die eine mit 1 Prozent Alkohollösung, die andere mit reinem Wasser bewässert, sonst waren die Bedingungen gleich. Nach sechs Wochen war die mässige Trinkerin nicht halb so gross, blass und kränklich. Sir Benjamin Ward Richardson fand, dass noch 1 Teil Alkohol auf 4000 Wasser rasch Süsswassermedusen tötete. Ridge entdeckte, dass Wasserflöhe als Totalabstinenten unbegrenzt lange lebten, während Alkohol in Verdünnungen von 1 bis zu 0.005 Prozent (1 Theil auf 20.000!) sie früher oder später abtötete. Eier desselben Flohs, in Fliesspapier Alkohol 1 auf 1500 ausgesetzt, wurden wesentlich in der Entwicklung gehemmt, ja selbst die lächerlich schwache Verdünnung von 1 auf 10.000 verhinderte in deutlicher Weise die Entwicklung der Kaulquappen aus dem Froschlaich. Frese und Andere wiesen nach, dass Hühnereier die in alkoholhaltiged Luft ausgebrütet wurden, viele schwache Küchlein lieferten, die epileptischen Anfällen unterworfen waren und nur ein paar Monate lebten.

Aus diesen und anderen Untersuchungen geht unwiderleglich hervor: Alkohol schädigt das Protaplasma, die Grundlage des Organismus, in weit kleineren Mengen als man vorausgesetzt hat und die Schädigung nimmt im Verhältnisse seiner Menge zu. Gesetzt, eine Unze Alkohol (1. e. — 20 Unzen Bier, 5 Unzen Port, 10 Unzen Claret oder 3 Unzen Branntwein) würde mit der Gesamtmenge des Blutes im menschlichen Körper gemischt, so würde dies eine Lösung von 1½ Prozent Alkoholgehalt geben. Es ist unwahrscheinlich, dass das jemals vorkommt, aber von da ist ein weiter Spielraum bis zu der Verdünnung von 1 zu 10.000, die noch als wirksam befunden worden ist! Die Lehre, die für die Praxis daraus gezogen werden muss, ist: Alkohol ist in sehr kleinen Dosen ein gefährliches und gesundheitsschädliches Gift. Totalenthaltsamkeit allein ist heilsam und sicher. (The Medical Temperance Review Vol. IX, No. 1.)

GÜNSTIGE GELEGENHEIT.

Deutscher Arzt gesucht für einen aufstrebenden Platz in West Virginia; sichere und konkurrenzlose Stellung. Kaufpreis für neues Fünf-Zimmerhaus und ½ Acre Gartenland $675. Näheres durch Dr. M. Gruber, Helvetia, W. Va.

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, April, 1906. No. 4.

Ein Fall von Gigli's Operation in der Privatpraxis.

Von Dr. J. A. Schmitt.

Gynäkologe am Metropolitan Hospital.

Gigli's beckenerweiternde Operation bedeutet eine der wertvollsten Bereicherungen moderner Geburtshilfe. Nach der grossen Anzahl günstiger Berichte zu urteilen, scheint sie allmählich ihre Nebenbuhlerin, die Symphysiotomie, zu verdrängen, die wegen ihrer anatomischen und klinischen Nachteile sich niemals so recht eingebürgert hat. So weit stammen alle Berichte über seitliche Beckentrennung aus Hospitälern. Die Bedeutung und der Wert einer Operation, vorzüglich in der Geburtshilfe, richtet sich aber nicht sowohl nach den günstigen Erfolgen in Hospitälern, als nach denen, die der Arzt im täglichen Beruf an der Seite der Patientin erlangt. Dies ist einer der Gründe, die mich bewegen, den Verlauf einer Geburt zu schildern, die durch Pubotomie mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind beendigt wurde.

Es handelte sich um eine 27 Jahre alte Erstgebärende, deren blühendes Aussehen und kräftiger Körperbau nicht ahnen liessen, mit welchen Schwierigkeiten die Leitung der Geburt verknüpft sein sollte. Allerdings ergab die Beckenmessung kleinere Werte als normal — D. S. 27 cm, D. C. 29 cm, C. D. 10 cm, C. V. 8 cm —, aber so verengte Becken geben sehr häufig kein Hindernis für spontanen Geburtsverlauf ab. Zeichen von Rhachitis waren nicht nachweisbar, ebensowenig wies die Krankengeschichte auf dieselbe hin. Dagegen fiel mir der steile Verlauf der dicken und hohen Schamfuge sowie die Leichtigkeit auf, mit der ich das kleine Becken abtasten konnte. Ich stellte die Diagnose auf allgemein verengtes Becken, ohne jedoch aussergewöhnliche Schwierigkeiten zu erwarten. Samstag, den 10. Februar, abends, setzten die Wehen ein. Die Cervix war noch teilweise erhalten, weich und leicht durchgängig. Der Kopf stand im Beckeneingang, war beweglich u. mit dem Hinterhaupt nach rechts abgewichen. Die kleine Fontanelle konnte nicht erreicht wer-

den; die Sagittalnaht stand quer, näher dem Promontorium, und die grosse Fontanelle stand etwa in der Mitte des Beckens hoch oben. Die linke Seite des Beckens war nicht ausgefüllt. Dieser Befund hatte sich bei der Untersuchung am Montag morgen trotz regelmässiger und starker Wehen nicht wesentlich geändert. Die Cervix war allerdings verstrichen und hatte sich zu der Grösse eines Viertel Dollars erweitert. Nachmittags um 3 Uhr, unmittelbar vor der Operation, wurde der folgende Befund festgestellt. Das Fruchtwasser war abgeflossen, der Muttermund zu der Grösse eines Silberdollars erweitert, der Kopf aber nicht ins Becken eingetreten. Der Muttermund war hochstehend gegen die Aushöhlung des Kreuzbeins gerichtet, von ihm aus nach vornen hinter die Symphyse das vordere, untere Uterinsegment wie ein Zelt ausgespannt, jedoch nicht ödematös oder überdehnt. Die linke Seite des Beckens war nur teilweise ausgefüllt. Der Versuch, den Kopf in's Becken einzupressen, schien erfolgreich zu sein; sobald der Druck aber nachliess, wich der Kopf wieder nach oben zurück. Der Zustand von Mutter und Kind bot keine gefahrdrohenden Symptome. Die Wehen waren regelmässig und sehr kräftig. Die Mutter bestand auf einer Beendigung der Geburt und erklärte, dass sie unter keinen Umständen die Schrecken einer dritten Nacht durchmachen werde. Ich entschloss mich zur Ausführung der Gigli'schen modifizierten Pubotomie, erklärte jedoch der Kreissenden, dass die Operation nur ein einleitender Schritt sei und die Austreibung des Kindes der Natur überlassen würde. Abgesehen von der ungenügenden Erweiterung des Muttermundes, dünkte es mir weise, mich vor den etwaigen Vorwürfen der Mutter, nach dem Erwachen aus der Narkose ihr Kind ungeboren zu wissen, zu schützen.

Ich machte auf der rechten Seite einen Einschnitt direkt auf die Schambeinhöcker, erweiterte die Wunde nach innen so weit, um den Zeigefinger der linken Hand einführen zu können. Mit diesem bahnte ich mir den Weg entlang der hinteren Fläche des Schambeinkörpers bis an den unteren Rand des absteigenden Schambeinastes. Den zweiten Einschnitt machte ich an der äusseren Seite der grossen Schamlippe, ungefähr 2 cm von dem Scheitel des Schambogens entfernt. In diese Wunde führte ich den Daumen der linken Hand unter den Rand des absteigenden Schambeinastes dem Zeigefinger, der in der oberen Wunde verblieb, entgegen. Ich umspannte auf diese Weise den Schambeinkörper. Ich benutzte eine biegsame, vorher passend gebogene Uterussonde, die ich von oben unter Leitung des Zeigefingers einführte und unten unter dem Schutze des Daumens nach aussen durchstiess. An den Sondenknopf wurde mittels eines Seidenfadens die Gigli'sche Drahtsäge befestigt und durch den Wundkanal gezogen. Die erste Säge riss entzwei; mit einer zweiten und stärkeren gelang es mir sehr rasch, den Schambeinkörper durchzusägen und eine etwa 2½ cm betragende Knochenspalte zu erzeugen. Die obere Wunde wurde durch Nähte geschlossen und in die untere ein Jodoformgazestreifen eingeführt. Als Patientin erwachte, setzten wieder die heftigsten Wehen ein. Sie bat mich eindringlich, doch ihre Leiden zu enden und beschwerte sich, dass zu ihren Wehenschmerzen nun noch das höchst qualvolle Gefühl hinzugetreten sei, als ob ihr Becken auseinander reissen wollte. Zwei und ein halb Stunden später entwickelte ich in einer zweiten Narkose das Kind mit der Zange. Der Umstand hatte sich während dieser Zeit wesentlich geändert. Ich hatte den Kopf in das Becken hereingepresst, er war tiefer getreten und teil-

weise schon rotiert. Der Muttermund hatte jetzt beinahe die Weite einer halben Hand.

Das vordere, untere Uterinsegment war freilich noch in grosser Ausdehnung wie ein Zelt bis zur Mitte der Beckenhöhle ausgespannt. Da die Sagittalnaht beinahe noch quer verlief, so legte ich die Zange im rechten diagonalen Durchmesser an, den linken Löffel vorne über den linken kindlichen Backen, den rechten hinten über das Hinterhaupt. Beim Anziehen drehte sich das Hinterhaupt nach vornen und nach Anpassen der Löffel wurde das Hinterhaupt unter die Symphyse gebracht und das Kind zu Tage gefördert. Zur Extraktion des kindlichen Schädels musste eine aussergewöhnliche Kraft angewandt werden.

Der Kopf des Kindes zeigte weder eine abnorme Härte noch Grösse, ebenso waren Zeichen einer Konfiguration abwesend. Der linke Backen war infolge Zangendrucks leicht abgeschürft und angeschwollen. Fünfzehn Minuten später wurde die Plazenta ausgedrückt und eine Revision des Geburtskanals vorgenommen. Am Scheideneingang war derjenige Teil der Scheidenwand, der den Knochenspalt überbrückte, durchgerissen und damit eine offene Kommunikation zwischen Scheide und Pubotomie-Kanal hergestellt. Die Cervix war zu beiden Seiten in mässiger Ausdehnung eingerissen, der vordere Teil deselben erschien wie ein Fleischlappen im Scheideneingang. Blase und Harnröhre waren unverletzt. Der grösste Teil der Wunde wurde vernäht und nur ein kleiner Teil behufs Drainage offen gelassen. Um die Hüfte wurde ein Heftpflasterverband gelegt.

Das Puerperium war fieberhaft, da der untere Teil der Pubotomie-Wunde eiterte. Patientin musste vier Wochen lang katheterisiert werden, und es entwickelte sich trotz aller Vorsichtsmassregeln ein Blasenkatarrh. Eine Untersuchung fünf Wochen nach Vornahme der Operation ergab folgenden Befund: Der Uterus war gut zurückgebildet und leicht beweglich. Die Vaginalportion war beiderseits im unteren Drittel eingerissen, die Scheidenwunde vernarbt und der Knochenwunde entsprechend ein leistenförmiger Wulst zu fühlen. Beweglichkeit der Knochenenden war nicht nachzuweisen. Patientin konnte gut gehen, hatte guten Appetit und fühlte sich wohl. Cystitis war bedeutend gebessert. Der Zustand des Kindes war ebenfalls zufriedenstellend.

Seitdem Gigli's Operationsverfahren durch Doederlein's subkutane Methode vereinfacht wurde, ist die Gefahr der Infektion der Wunde von Seiten der Lochien bedeutend verringert. Gigli machte einen langen Einschnitt vom Schambeinhöcker bis zum aufsteigenden Schambeinast. Doederlein machte zwei kleine Einschnitte, einen nach innen vom Schambeinhöcker und einen aussen von der grossen Schamlippe; er benutzte eine von ihm angegebene Nadel, mit welcher er die Drahtsäge um den Schamknochen herumführte. In der letzten Zeit wird eine scharfe, passend gekrümmte Nadel empfohlen, mit welcher man die Haut an der Aussenseite der grossen Schamlippe durchsticht. Sie wird unter Kontrolle des Fingers in der Vagina unter dem aufsteigenden Schambeinast hart am Knochen in die Höhe geführt und oben durch die Haut innerhalb des Schambeinhöckers durchgestossen. Auf diese Weise werden nur punktförmige Verletzungen der Haut erzeugt. Es würde dies in der Tat die ideale Methode vorstellen, wenn nicht Verletzungen der Blase dabei vorgekommen wären. Diese Gefahr mag vermieden werden, wenn man die Spitze der Nadel in Berührung mit dem Knochen vorwärts schiebt. Eine grössere Sicherheit würde die Kombination von oberem Schnitt und unterer Punktur gewähren. Die Vornahme der Operation

würde sich etwa so gestalten. Man macht einen Einschnitt nach innen vom Schambeinhöcker, gross genug, um den Zeigefinger einzuführen, der den Weg entlang der linken Fläche des Schambeinkörpers bis zum unteren Rand des Schambeinastes bahnt. Die Nadel wird dann durch die Haut nach aussen von der grossen Schamlippe und ungefähr 2—2½ cm von dem Scheitel des Schambogens entfernt durchgestossen und in der Richtung der Spitze des Zeigefingers vorgeschoben. Das weitere Vordringen der Nadel vollzieht sich zwischen Palmarfläche des Zeigefingers und Periost des Schambeins. Durch Senken des Griffes und unter Kontrolle des Fingers erscheint schliesslich die Spitze in der oberen Wundöffnung. Der weitere Verlauf der Operation versteht sich von selbst. Die Nadel, die Herr Eissner von hier mir verfertigt hat, besitzt ein Auge zur Befestigung der Drahtsäge mittelst eines starken Fadens. Die gewöhnlichen, von den Instrumentenmachern verkauften Drahtsägen sind ausserordentlich brüchig. Es ist deswegen anzuraten, dickere Sägen zu verwenden und eine grössere Anzahl derselben bereit zu haben.

Vorausgesetzt, dass die oben angegebene Methode befolgt wird, ist es nach meinem Ermessen vollständig gleichgültig, ob wir die Nadel von oben einführen und die Haut der Schamlippe nachher durchbohren, oder die Haut zuerst perforieren und die Nadel aufwärts führen. Bei dem ersten Verfahren empfiehlt es sich, die Spitze der Nadel durch den Finger in der Vagina zu kontrollieren, um einer Verletzung der Vagina vorzubeugen. Um ganz sicher in der Handhabung und Führung der Nadel zu sein, haben Einige empfohlen, die Nadel zwischen Periost und Knochen vorwärts zu stossen. Das Periost lässt sich nämlich leicht von der Hinterfläche des Schambeinknochens ablösen, wenn man den oberen Einschnitt bis auf den Knochen vertieft hat. Ich halte aber dieses Vorgehen nicht für empfehlenswert, da es uns des einzigen Kriteriums beraubt, das wir über den Erfolg der Operation besitzen, nämlich die fühlbare Knochenspalte.

Interessant sind die anatomischen Verhältnisse, die bei der Vornahme des seitlichen Beckenschnittes in Frage kommen. Nach den Untersuchungen von Dr. Tandler in Wien lässt sich, nach welcher Methode wir auch operieren mögen, eine Verletzung des Schwellkörper-Schenkels der Klitoris nicht vermeiden. Derselbe ist nämlich innig mit Hilfe des Periost mit dem Schambeinast verwachsen. Die Vorstellung, dass die Nadel zwischen Knochen und Periost herumgeführt werden könnte, ohne den Schenkel der Klitoris zu verletzen, ist illusorisch. Praktisch brauchen wir uns um dieses Gebilde nicht zu kehren, da die Blutung bei seiner Verletzung selten stark ist und meistens durch Druck gestillt werden kann.

Eine andere wichtige Frage bezieht sich auf die Grössenzunahme der verschiedenen Beckendurchmesser nach Ausführung des seitlichen Beckenschnittes. Versuche an Becken weiblicher Leichen haben die auffallende Tatsache ergeben, dass nach seitlicher Durchtrennung des Schambeins das Mass der Conjugata vera nur um 5—7 mm und das des queren Durchmessers nur um 8—16 mm zunahm. Diese Resultate lassen sich kaum mit den Erfahrungen in der Praxis in Einklang bringen, wonach, nach Pubotomie, normale Köpfe durch eine Conjugata vera von 7 cm entwickelt wurden. Es ist noch eine strittige Frage, bis zu welchem Grad der Beckenverengerung Pubotomie noch zulässig ist. Man darf nicht vergessen, dass man in Fällen von starkem Missverhältnis zwischen Kopf und knöchernem Beckenkanal nicht selten aussergewöhnliche

Gewalt anzuwenden hat, das Kind herauszubefördern. Verletzungen desjenigen Teils der Scheidewand, der der operierten Seite entspricht, sind dann unvermeidlich; selbst das Anlegen einer elastischen Binde um das Becken wird nicht viel helfen. Der Teil der Scheide, der die Knochenspalte überbrückt, wird leicht nachgeben und zerrissen, teils durch Ueberausdehnung von innen, teils durch Zug von aussen durch die auseinanderweichenden Knochen. Um solche unangenehmen Ereignisse zu vermeiden, lehnen manche Geburtshelfer die sofortige Entbindung durch Zange oder Wendung ab und überlassen die Geburt der Natur. Ich bin der Ansicht, dass man in dieser Beziehung keine bindenden Regeln aufstellen solle; sie mögen ja für Hospitäler am Platze sein, in welchen die Beziehungen des Arztes zum Patienten andere sind als in der Privatpraxis. Der Geburtshelfer in Kliniken ist unabhängig und uneingeschränkt durch persönliche Rücksichtsnahme, der Arzt in der Familie ist häufig von Motiven der Sympathie geleitet. Jedenfalls wäre es aber grausam, die Geburt nicht in einer Narkose zu beendigen, wenn die Bedingungen für Zange oder Wendung günstig wären.

Keine geburtshilfliche Operation der Neuzeit ist mehr geeignet, die verschiedenen Indikationen zu Eingriffen umzugestalten, als die Pubotomie. Diese ist angezeigt in Fällen von Beckenverengerung, in denen die Conjugata vera nicht mindestens 7 cm beträgt. Das Kind muss am Leben sein und die Geburt im Interesse von Mutter oder Kind beendigt werden. Es ist nicht erforderlich, dass Mutter oder Kind in Lebensgefahr schweben, ehe man sich zur Pubotomie entschliesst. In Fällen von Beckenverengerung haben wir seither unsere Zuflucht zu den verschiedenen Eingriffen: Einleitung der Frühgeburt, Wendung, hohe Zange, Kraniotomie und Kaiserschnitt genommen. Alle diese Operationen mögen nun in geeigneten Fällen durch die vereinfachte subkutane Pubotomie ersetzt, respektive ergänzt werden mit geringer Gefahr für die Mutter und guter Prognosis für das Kind. Anstatt der Einleitung der künstlichen Frühgeburt mit ihren durchaus nicht glänzenden Resultaten für das kindliche Leben können wir nun zuversichtlich bis zum Ende der Schwangerschaft warten. Die grausige Operation der Anbohrung des Schädels beim lebenden Kinde kann jetzt bedeutend eingeschränkt und durch Pubotomie ersetzt werden. Wenn die Mutter die Tötung ihres Kindes ablehnt, kann Pubotomie an die Stelle des Kaiserschnitts treten. Bei lang dauernden Geburten infolge von Beckenverengerung sind wir häufig vor die Wahl der Wendung oder hohen Zange gestellt. Manche Geburtshelfer verwerfen selbst diese Eingriffe und ziehen die Pubotomie als eine Operation vor, die für das mütterliche und kindliche Leben bessere Gewähr leistet. Die Wege, die man nach der Pubotomie zu gehen hat — ob abwarten oder schnelle Entbindung durch Zange oder Wendung — eröffnen weiterhin neue Gesichtspunkte dieses anziehenden Themas.

Kombinierte Operation zur Entfernung des Appendix und zur Heilung der rechtsseitigen Inguinalhernie.*

Von Franz Torek, A.M., M.D.

Assistant Visiting Surgeon am Deutschen Hospital, Attending Surgeon am New York Skin and Cancer Hospital, Adjunct Professor of Surgery in der New York Post-Graduate Medical School.

Da ich schon mehrmals an demselben Patienten sowol wegen chronischer Appendizitis, als wegen rechtsseitiger Inguinalhernie operieren musste, und diese beiden Operationen zu verschiedenen Zeiten ausführte, so kam mir der Gedanke, dass es wünschenswert sei, wenn man die beiden Operationen in eine einzige kombinierte.

In einem solchen Falle, wo eine grosse Bruchöffnung vorlag, versuchte ich, den Appendix durch den Bruchkanal zu erreichen, ein Verfahren, welches sich zu empfehlen schien, weil ja bekanntlich der Appendix bisweilen im Bruchsack gefunden worden ist. Der Versuch erwies sich aber als vollständiger Fehlschlag. Daraufhin dachte ich mir die Operationsmethode aus, welche bei dem Patienten, den ich hier vorstelle, in Anwendung gebracht worden ist. Dieselbe besteht einfach darin, dass der Hautschnitt ein wenig weiter hinaufreicht als bei der Hernienoperation, dass der nach McBurney's Methode angelegte Faszienschnitt bis in den äusseren Bruchring abwärts verlängert wird und dass dann die beiden Operationen in der üblichen Weise ausgeführt werden.

Um auf die Details der Operation einzugehen, so verfährt man folgendermassen: Man zieht sich in Gedanken eine Linie von der Spina anterior superior ilii zum Nabel. Der vierte Teil dieser Linie, von der Spina aus gemessen, deutet den Punkt an, wo der Hautschnitt beginnt; er endet über dem äusseren Leistenring. In der Ausdehnung dieses Schnittes wird die Aponeurose des Obliquus externus freigelegt. Diese Faszie wird nun in der bei der Appendizektomie üblichen Weise gespalten, doch wird der Faszienschnitt bis in den äusseren Leistenkanal verlängert. Die Aponeurose wird nun nach beiden Seiten hin von den darunter liegenden Geweben abpräpariert, und nach aussen zu wird das Poupart'sche Band exponiert. Dann wird die Hernienoperation vorgenommen. Wenn der Sack abgeschnitten ist, hört man hier vorläufig auf und widmet sich dem Appendix. Die Fasern des Obliquus internus und Transversalis werden stumpf auseinander gedrängt, das Peritoneum wird eröffnet und der Appendix entfernt. Hierauf schliesst man Peritoneum, Fascia transversalis und Muskeln, in einem Wort, man beendet die Appendizitisoperation, mit der Ausnahme, dass man die Aponeurose des Obliquus externus noch offen lässt. Dann wendet man sich wieder der Hernienoperation zu, indem man nach irgend einer der bewährten Methoden den Obliquus internus und Transversalis mit dem Poupart'schen Band vernäht. Schliesslich wird die Aponeurose des Obliquus externus in der ganzen Ausdehnung des Schnittes genäht, und somit werden Appendizitis- und Hernienoperation geschlossen. Die Hautnaht beendet die Operation.

Man könnte fragen, warum man nach Inzision der Aponeurose des Ob-

*Vortrag, gehalten in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York am 5. März 1906.

liquus externus nicht erst die Appendizektomie vollständig beenden und und dann die Hernienoperation vornehmen soll. Dieses Verfahren wäre jedoch weniger ratsam, da bei der Hernienoperation bisweilen ziemlich stark am Sacke gezogen wird und dieser Zug die Integrität der Peritonealnaht, mit welcher die Appendizitisoperation geschlossen wurde, beeinträchtigen könnte.

Hingegen, wenn der Sack zuerst geschlossen wird und dann die Operation an der Appendix vorgenommen wird, so gibt es so wenig Zug am Peritoneum während der letzteren Operation, dass die Naht am Bruchsack dadurch nicht verletzt wird.

Wiederum könnte es einem vielleicht zuerst nicht klar sein, warum man nach Verschluss des Bruchsackes die Appendizektomie vornehmen und nicht erst die Bruchoperation beenden soll, indem man den Obliquus internus und Transversalis mit dem Poupart'schen Bande vernäht. Die Ursache ist die, dass die letztere Naht eine sehr zarte ist, weil die Nähte Muskelgewebe umfassen und weil während der Versuche, den Appendix an die Oberfläche zu bringen, die Bauchmuskeln eventuell ziemlich stark gehandhabt werden und somit die Muskelfasern, wo sie an das Poupart'sche Band angenäht worden sind, verletzt werden könnten.

Die kombinierte Operation hat entschiedene Vorteile gegenüber der Vornahme der Operationen zu zwei verschiedenen Zeiten. Sie erspart dem Patienten eine Operation und dauert nur sehr wenig länger, als die Hernienoperation allein in Anspruch nehmen würde, denn, da die Aponeurose des Obliquus externus in grösserer Ausdehnung gespalten worden ist, so ist der Zugang zum Appendix leichter und die Operation wird deshalb auch schneller ausgeführt, als das sonst der Fall ist, wenn nur der übliche kurze Faszienschnitt gemacht wird. Ausserdem kann für die kombinierte Operation der Vorteil grösserer Festigkeit der Bauchdecken beansprucht werden, da es gewiss besser ist, nur einen Schnitt in der Aponeurose zu haben als zwei.

Moderne Therapie in der Behandlung von Verdauungskrankheiten.

Von Dr. **Valdemar Sillo**, New York.

Dass neun Zehntel aller Krankheiten ihren Ursprung im Darmkanal oder in den mit letzterem verbundenen Ausgangsorganen haben, ist eine Tatsache, die niemand bestreiten wird. Es folgt daraus, dass alle Mediziner, einschliesslich der Spezialisten, sich für die Pflege und Hygiene dieses Teiles des menschlichen Körpers und die ihm eigenen Krankheiten interessieren.

Hippokrates, Galen und viele andere Verfasser medizinischer Abhandlungen des Altertums haben des längeren über „Ausflüsse, krankhafte Entleerung" u. s. w. geschrieben und dadurch bewiesen, dass in den entferntesten Perioden der medizinischen Geschichte diesem wichtigen Gegenstande viel Aufmerksamkeit zugewandt wurde.

Wir sind aber erst seit einer verhältnismässig kurzen Zeit imstande gewesen, vermittelst des Mikroskops und anderer Laboratoriumsinstrumente die vielen Läsionen und krankhaften Störungen, die im Darmkanal von Zeit zu Zeit sich entwickeln und kundgeben, mit wissenschaftlicher Genauigkeit zu studieren und ihre Entstehung und Pathologie zu erklären.

Jetzt legen wir den Namen dieser Krankheiten nicht mehr so viel Wich-

tigkeit bei, wie dies unsere Vorgänger taten, sondern wir verfolgen mehr die Symptome und suchen nach den Heilmitteln, die sich am besten zu ihrer Beseitigung eignen.

Während der Name „Dysenterie" seit langer Zeit gebraucht worden ist, um eine Entzündung des Dickdarms mit schleimigen, blutigen Stühlen, und das Wort „Diarrhoe" gebraucht wird, um krankhafte Häufigkeit weicher oder halbflüssiger Stühle zu bezeichnen, ist es sehr schwierig, eine Grenze zwischen diesen Zuständen zu ziehen; infolgedessen ziehen wir vor, anstatt der Namen die Symptome zu bekämpfen, wenn wir derartige Krankheiten zu behandeln haben.

Wenn wir den Darmkanal und die ihm eigenen Krankheiten betrachten, so wird es gut sein, die Tatsache nicht ausser acht zu lassen, dass die oberen Teile oder derjenige Teil vom Munde herunter bis zum Coecum das Tor ist, durch welches der Körper seine notwendige Nahrung und Unterhalt empfangen muss; und dass der untere Teil — Kolon und Rektum — der Abzugskanal ist, durch welchen die ausgenutzten Abfallprodukte ihren Ausgang finden müssen. Und es ist gerade der untere oder Kolonabschnitt, in welchem sich Gifte entwickeln und in welchem deshalb Ruhr und Durchfall vorherrschen.

Bei der Behandlung dieser Krankheiten sollte der Arzt nicht vergessen, dass „an ounce of prevention is worth a pound of cure", und er viel dazu beitragen kann, solche pathologischen Zustände zu verhindern, indem er die Diät seines Patienten sorgfältig überwacht und ihm solche Ratschläge und Lehren gibt, die es ihm ermöglichen, alle Speisen und Getränke zu vermeiden, welche die Magen- und Darmverdauung stören, und dadurch richtige Assimilation und gehörigen Stoffwechsel zu veranlassen. Vor allem sollte er Sorge tragen, dass der Genuss von unreifem oder überreifem Obst und Gemüse und unreinem Wasser vermieden wird, da diese Art Nahrungsmittel für die vielen in den Sommermonaten vorkommenden Fälle von Durchfall und Ruhr verantwortlich ist. Alle diese Krankheiten beschränken sich auf den unteren Teil des Verdauungskanals, und es ist klar, dass wir Heilmittel verwenden müssen, die den Magen und Dünndarm beinahe oder gänzlich unverändert passieren und auf das erkrankte Kolon in ihrer besonderen Weise einwirken.

Die verschiedenen Medikamente, die von Zeit zu Zeit für diesen Zweck vorgeschlagen werden, haben sich mir als nicht zufriedenstellend erwiesen. Aber ich habe schliesslich ein Mittel gefunden, welches allen Anforderungen der Behandlung von Durchfall und Ruhr entspricht. Es ist dies das Gallogen ($C_{14}H_6O_8$), welches alle ausgezeichneten Eigenschaften der Gerbsäure und Gallussäure in sich zu vereinigen scheint. Gallogen ist geschmacklos, geruchlos und antiseptisch und scheint die Skala der gastrischen und pankreatischen Säfte absolut unverändert zu passieren und seine volle therapeutische Wirkung im Kolon auszuüben, woselbst es gänzlich aufgelöst wird.

Viele sorgfältig ausgeführte klinische Versuche haben mich davon überzeugt, dass wir in Gallogen ein äusserst zuverlässiges Antiseptikum, Adstringens und keimtötendes Mittel haben, und zwar ein Mittel, auf das man sich bei den hartnäckigsten Störungen des unteren Verdauungskanals verlassen kann.

Als erste Massregel in der Behandlung von Ruhr und chronischem Durchfall wasche ich in der Regel das Kolon gründlich aus vermittels einer Spritze und sorgfältig sterilisierten Wassers von ungefähr 105° F., dem ich gewöhnliches Kochsalz beifüge in einer Proportion von ungefähr einem Esslöffel voll per Gallone, seiner reinigenden und anregenden Wirkung wegen. Von diesem so zubereiteten Was-

ser gebrauche ich 3—4 Liter zu einer gründlichen Reinigung des Kolons.

Hierauf verschreibe ich Gallogen in Dosen von 0,3 g (5 Gran) alle 3—4 Stunden je nach der Heftigkeit der Symptome. Falls ein Uebermass von Säure in irgend einem Teile des Kanals vorhanden ist mit Anzeichen von verstopfter Leber, gebe ich kleine Dosen Kalomel (0,06 g) mit Natr. bicarbon. bis das Vorhandensein von Galle in den Faeces nachgewiesen werden kann.

Ich schreibe meinen Patienten keine eisernen Regeln mit Bezug auf Diät vor. Falls Milch erlaubt ist, muss diese gründlich sterilisiert und in besonderen Fällen peptonisiert werden. Flüssiger Nahrung ist natürlich der Vorzug zu geben, bis der Darm kräftiger und arbeitsfähiger geworden ist.

Bericht von Fällen.

1. Frau A. P. D., 38 J., verheiratet; Mutter von vier lebenden Kindern, das jüngste im Alter von vier Jahren. Neigt seit der Geburt des letzten Kindes zu Durchfall; schlimmer im Sommer als im Winter. Die Untersuchung zeigt leichte Empfindlichkeit in der hypogastrischen Region ziemlich weit nach der rechten Seite hin. In der Tat hatte ihr ein anderer Arzt gesagt, sie habe Appendizitis und müsse sich einer Operation unterwerfen. Faeces waren blutig und enthielten eine grosse Menge Schleim. Als erste Massregel wurde eine gründliche Auswaschung des Kolons mit neutraler Salzlösung einmal täglich an drei Tagen vorgenommen, nach welcher Zeit ich dreimal täglich 0,3 g Gallogen in Kapseln gab. Nach 4 Wochen war die Störung vollkommen beseitigt und die Patientin befindet sich seit der Zeit — ungefähr 10 Monaten — wohl.

2. Albert J., 34 J., unverheiratet, Drucker. Ist seit seinem 21. Jahre periodischer Trinker. Die Ausschweifungen, die jährlich 3 oder 4 mal vorkommen, dauern gewöhnlich von 3 Tagen bis zu 1 Woche. Die jedesmaligen Folgen sind ein lästiger Durchfall, der immer heftiger wurde, so dass der Patient sich in sehr geschwächtem Zustande befand. Seine Zunge war belegt und er selbst ziemlich nervös; ausserdem konnte er des Nachts nur 3—4 Stunden schlafen. Ich verbot sofort alle berauschenden Getränke und verschrieb:

Rp. Tinct. Capsici
Elix. Potass.-Brom. aa oz. 2
M. D. S. Alle 3 oder 4 Stunden einen Teelöffel voll.

Diese Behandlung kräftigte seinen Magen, verminderte seine ausserordentlich grosse Nervosität und brachte erfrischenden Schlaf. Ich gab ihm sodann 0,3 g Dosen Gallogen, 3—4mal des Tages, und nach drei Wochen hatte ich die Genugtuung, ihn geheilt zu sehen. Er behauptet jetzt, meine Behandlung habe sein Verlangen nach Stimulantien auf das Mindestmass beschränkt.

3. Mary L., 9 J., beide Eltern leben und sind gesund. Pat. wohnt in einem Tenementhaus Block, wo die hygienischen Verhältnisse sehr mangelhaft sind. In der Tat hatte die Umgebung zweifellos viel mit ihrem Darmleiden zu tun, das im August 1905 anfing und mit schmerzhafter Beharrlichkeit anhielt, bis sie im letzten November in meine Behandlung kam. Pat. war blutarm und sehr mager, als ich sie das erste Mal sah. Als Vorbehandlung liess ich ihr an zwei aufeinanderfolgenden Morgen 1 Unze Rizinusöl geben, um den Darmkanal zu reinigen. Dann verschrieb ich Gallogen von 0,15 Dosen viermal des Tages. Nach zwei Wochen liess der Durchfall ganz nach und nach 5 Wochen konnte sie als geheilt entlassen werden.

Wissenschaftliche Medizinische Nomenklatur.*

Von Dr. **Herbert Krüger**-Küssen (Ostpreussen).

Im Laufe der letzten Jahre ist eine ziemlich grosse Zahl medizinischer Wörterbücher erschienen, um die selbst für Mediziner mit guter Gymnasialvorbildung häufig unverständlichen Termini technici zu verdolmetschen und zu erklären. Diesem Hauptteil ihrer Aufgabe sind auch diese Wörterbücher alle mehr oder weniger gut gerecht geworden, während sie leider ausserordentlich wenig oder gar nichts dazu beitragen, die medizinische Nomenklatur durch Brandmarken und Ausmerzen der so zahlreichen falschgebildeten oder unzutreffenden Wörter und Empfehlung von richtigen Ausdrücken zu einer wirklich „wissenschaftlichen" zu machen. Infolgedessen sind geradezu monströse Falschbildungen an der Tagesordnung und ihre Zahl nimmt eher zu, als dass sie vermindert wird. Die Bestrebungen hinsichtlich der anatomischen Nomenklatur sind bekannt. In allen anderen Gebieten unserer Wissenschaft ist bis auf einige verschwindende rühmliche Ausnahmen alles beim Alten geblieben. In aller Munde sind ungeheuerliche Wortungetüme, die nicht etwa, wie man erwarten könnte, komisch wirken, sondern gerade als Quintessenz einer wissenschaftlichen Ausdrucksweise paradieren sollen. Von den Dozenten lernen die Studenten, und so ist das Uebel zu einem bereits hereditären geworden. Die Wenigsten merken die Fehler, die ihnen aufgetischt werden und den Meisten ist es völlig gleichgültig, ob ein Wort richtig oder falsch ist. Jedes neuere Lehrbuch legt Zeugnis für das Gesagte ab. Die Barbarismen haben sich eingebürgert, und selbst einsichtige Mediziner befürchten, dass jede Aenderung des Bestehenden zu einer Verwirrung der Begriffe führen könnte, während doch gerade das Gegenteil zu erwarten steht.

Endlich gibt es wieder andere, welche glauben, dass eine aussichtslos erscheinende Riesenarbeit allein imstande wäre, die Nomenklatur zu verbessern. Dies ist jedoch nicht der Fall! Es ist das unbestreitbare Verdienst des New Yorker Professor Rose, darauf hingewiesen zu haben, dass die notwendig grosse Geistesarbeit uns bereits von anderer Seite abgenommen und erspart ist, da unsere griechischen Kollegen in stiller, emsiger Arbeit für jeden, auch den modernsten Begriff unserer Wissenschaft, streng nach grammatischen Regeln geeignete Wörter geschaffen haben, die wir einfach zu übernehmen hätten.

In der heutigen griechischen medizinischen Nomenklatur sind nicht nur die guten, echten Wörter der alten Autoren verwandt, sondern nach denselben Regeln in glücklicher Weise aus dem echtgriechischen Wortschatz neue gebildet, während begreiflicherweise das für Neubildungen und Zusammensetzungen an sich so überaus ungeeignete und schwerfällige Latein, das dazu noch höchstens nur einen medizinischen Klassiker hervorgebracht hat, völlig unberücksichtigt blieb. Es steht somit der Uebernahme der modernen griechischen Nomenklatur nichts im Wege, das uns darüber belehrt. Darum ist es mit hoher Freude zu begrüssen, dass wiederum Professor Rose auch den zweiten Schritt zur Verbesserung unserer Nomenklatur tut, indem er ein Werk in dem vorerwähnten Sinne demnächst herausgeben wird.

Zum Schlusse mögen einige Erläuterungen für das Gesagte folgen. Ein ebenso häufig gebrauchtes, wie sinnloses Wort ist die Bezeichnung für Blutspeien: Hämoptoë, deren zweite Hälfte in keiner der bekannten Sprachen exi-

*) Aus „Deutsche med. Presse", 1906, No. 8.

stiert. Seit Galen und früher haben die Griechen das Wort Hämoptysis dafür im Gebrauch, das unseren Gelehrten wohl zu richtig erschien.

Wenn es so um unsere Kenntnis der alten, vorhandenen Wörter bestellt ist, was kann man da von den von uns neugebildeten erwarten. In der Tat feiert die Unwissenheit daselbst wahre Orgien! — „Karyokinese" ist ein sehr beliebtes Wort, das „Kernbewegung" bedeuten soll. Leider aber bedeutet aber „Karyon" im Griechischen aller Epochen die Nuss, es heisst somit „Nussbewegung!" Das richtige Wort ist im heutigen Griechisch Pyrenokinesie, denn der Kern heisst nun einmal pyrén! Sehr modern sind jetzt Wörter auf — gen(es) endigend, die meist „erzeugend" bedeuten sollen, z. B. pathogen, dynamogen, krankheiterzeugend, krafterzeugend etc. Im Griechischen hat jedoch diese Endung ausschliesslich die Bedeutung, „stammend aus etwas", was auch in den bei uns üblichen Wörtern „hämatogener" oder „hepatogener" Ikterus zu erkennen ist. Die den ersteren vindizierte Bedeutung des Erzeugens hat im Griechischen nur die Endung -gon(os), also krankheitserzeugend heisst nosogon u. s. w. Dasselbe gilt für die entsprechenden Substantiva, also Nosogonie (nach Kosmogonie) und nicht Pathogenese! Unzählig sind ferner die hybriden, aus zwei Sprachen zusammengestoppelten Wörter, z. B. Seborrhöe statt des richtigen Steatorrhöe, Albuminurie statt Leukomaturie, Hämoglobin statt Haemosphaerin u. s. w. Schliesslich gibt es noch mehr orthographische, sehr verbreitete Fehler, z. B. Leukämie, statt Leuchämie, Myosis statt Miosis (von meioo, ich verkleinere), Tripsin oder Trypsin statt Thrypsin u. a. m.

Auszüge aus der Journalliteratur.

F. Colley (Insterburg): **Beobachtungen über die Behandlung akut eitriger Prozesse mit Bier'scher Stauungshyperämie.**

C. hat mit der Bier'schen Stauungshyperämie derart günstige Resultate erzielt, dass er heute um keinen Preis mehr auf dieselbe als Heilfaktor verzichten möchte. Dass die Behandlung eine mühsame ist, gibt er zu. So leicht die Stauung an den Extremitäten vorgenommen werden kann, so schwer ist dies an Brust- und Bauchhöhle zu bewerkstelligen. Speziell an der Pleurahöhle hat C. nichts von einem Resultat gesehen, dagegen bei einem Falle von Bauchfelleiterung günstiges beobachtet. Es handelte sich um einen Patienten mit abgekapseltem epityphlitischen Abszess. Seit mehreren Tagen traten Schüttelfröste auf und der Mann bot das Bild einer schwer septischen Erkrankung. C. stellte die Diagnose auf septische Thrombose der Pfortader und lehnte einen operativen Eingriff ab, verhielt sich vielmehr abwartend und setzte zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm des sehr fettarmen Patienten eine grosse Saugglocke an, bei der die Luftverdünnung durch eine Spritze besorgt wird. Die Schüttelfröste liessen am 3. Tage nach, eine Eiterung trat nicht auf, Abgang von Eiter per vias naturales wurde nicht konstatiert. Nach einigen Monaten entfernte er den Processus, dessen Lumen dicht am Coecum narbig verengt war, und der Mann genas. Auch perimetrische Exsudate und gonorrhoische Salpingitiden hat C. — stets in Beckenhochlagerung — der Stauung mittels einer grossen Glasglocke unterworfen, die oberhalb der Symphyse ihren Sitz fand, und recht oft mit zufriedenstellendem Resultate. Frauen mit sehr fettreichen Bauch-

decken sind selbstverständlich von dieser Behandlung auszuschliessen.

Geradezu wunderbare Resultate hat C. mit der Stauungshyperämie bei der Mastitis puerperalis und bei inguinalen Bubonen erzielt. Hier kann sich nach Angabe des Verf. keine andere Behandlungsart eines ähnlichen Resultates rühmen: weder durch Einschnitte wird dasselbe erreicht, noch durch Kataplasmen. Gute Erfolge hat C. ferner erzielt bei Sehnenscheidenphlegmonen sowie bei akuter eitriger Osteomyelitis, von welcher er bei dieser Behandlungsmethode 3 Fälle ohne Nekrose ausheilen sah. C. macht bei dieser Gelegenheit auf die ganz andere Art des Schneidens bei den Operationen aufmerksam. Die langen Schnitte können meistens gänzlich fortfallen. Uebersicht braucht nicht mehr erstrebt zu werden. Ein einfacher kleiner Stich durch die Haut genügt; mehr ist nicht erforderlich. Ein langer Schnitt ist ausser anderen Ursachen oft dadurch schädlich, dass er die Verwendung des Saugapparates illusorisch machen würde. Es kostet das erstemal grosse Ueberwindung, in einen allerdings nun kalt gewordenen Eiterherd hinein eine Stichverletzung zu machen. Aber man gewöhnt sich daran, wenn man auch anfangs das Gefühl hat, unchirurgisch zu handeln.

Furunkel hat C. schon seit Jahren nicht mehr inzidiert oder peritomiert mit Ausnahme derjenigen, die ihren Sitz im Gesicht hatten. Er hatte sie stets abwechselnd mit Alkoholverbänden und heissen Umschlägen behandelt. Wenn jetzt ein Patient mit einem Furunkel oder Karbunkel zu C. kommt, behandelt er ihn mit Hyperämie und zwar bisher stets mit glattem Erfolge, indem meist nach der zweiten, spätestens nach der dritten Sitzung der nekrotische Pfropf zutage befördert wurde. Dann instruiert er aber die Leute genau, dass sie bei den ersten Anfängen eines Furunkels sich bei ihm einfinden, und diese werden dann meist schon nach einer Sitzung zum Verschwinden gebracht. C. hat auf diese Weise die Behandlung des Gesichtes, sogar der Oberlippenfurunkel in Angriff genommen und hat dies bis jetzt nicht zu bereuen gehabt. Ausgezeichnete Resultate mit der Stauungshyperämie sah C. ferner bei Ekzemfällen, welche er alle auf diese Weise ohne irgend ein Medikament der Heilung zugeführt hat.

C. fasst seine Ansicht über die Zukunft der künstlichen Hyperämie dahin zusammen, dass die Bier'sche Binde sich ebenso unaufhaltsam ihren Weg bahnen wird, wie es der Esmarch'sche Schlauch getan hat, und dass nach wenigen Jahren jeder Arzt von der Stauungshyperämie als etwas so Selbstverständliches sprechen wird, wie heute von Chloroform, vom Behring'schen Diphtherieheilserum und von der Herniotomie bei eingeklemmten Brüchen. C. hält sich für vollkommen berechtigt zu dem Ausspruch, dass die Bier'sche Stauung berufen ist, Umwälzungen in der Lehre über die akute Entzündung und deren Behandlung hervorzurufen, wie es seinerzeit der Lister'schen Wundbehandlung beschieden war. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 6.)

Herhold (Altona): **Anwendung der Stauungshyperämie bei akuten eiterigen Prozessen im Garnisonslazarett Altona.**

Die Erfahrungen des Verf. mit der Stauungshyperämie bei akuten und subakuten Eiterungen beziehen sich auf 35 Fälle und zwar 14 Panaritien, 5 Sehnenscheidenphlegmonen, 15 Furunkeln, einer Zellgewebsentzündung am Bein. Die Panaritien und Sehnenscheidenentzündungen wurden mit Anlegen der Stauungsgebinde um den Oberarm, die Furunkel mit Saugglocken, eine Zellgewebsentzündung am Beine mit der Gummibinde behandelt. Die Gummibinde wurde derart angelegt, dass um den Oberarm zunächst eine Mullbinde umgelegt wurde, auf welche die Gummibinde folgte; letztere wurde in ihrer Lage durch eine darüber gelegte Mull- oder Cambricbinde gehalten. Die Binde wurde nach etwa 10 Minuten daraufhin kontrolliert, ob sie nicht zu lose oder zu fest lag; massgebend dafür war, dass die Schmerzen des Patienten nachgelassen haben mussten, keine blaue kalte,

sondern eine mehr rötliche, heisse Haut vorhanden war und kein Taubheitsgefühl in den Fingern bestand. Auch Nachmittags fand eine Kontrolle der Binde statt. Zur Behandlung von Furunkeln und furunkulösen Abszessen wurden 3 gleichartige, aber verschieden grosse Modelle nach dem Prinzip des Schröpfkopfes hergestellter Saugglöser benutzt, bei denen die Luftverdünnung durch einen eindrückbaren Gummiball hergestellt wurde. Der Schröpfkopf wurde je ¼ bis ½ Stunde 2 mal täglich angewandt, indem dabei darauf geachtet wurde, dass der Gummiballen nur mässig eingedrückt wurde, um nicht eine zu starke Luftverdünnung zu erzeugen.

Die chirurgische Behandlung der Panaritien bestand darin, dass mit einem kleinen Schnitt inzidiert wurde, sobald sich ein Eiterherd unter der Haut manifestierte; tamponiert wurde nicht, sondern nur die Wunde mit einem feuchten Verband versehen, die sonst üblichen Handbäder blieben fort. Unter dem Einfluss der Stauungsbinde sah H. die Entzündung am Finger zurückgehen, der Kranke gab an, dass die klopfenden Schmerzen nach Anlegen der Binde nachliessen; am folgenden Tage zeigte sich, wenn bis dahin noch keine Eiterung vorhanden war, an der Kuppe des Fingers eine Eiterblase oder ein eitriger Pfropf. Die Blase wurde mit einem kleinen Schnitt eröffnet, eventuell versucht, den Pfropf behutsam auszudrücken. Spätestens am 2. oder 3. Tage hatte sich der Pfropf so verflüssigt, dass er sich durch sanftes Ausdrücken entfernen liess, so dass jetzt eine granulierende Wundfläche vorhanden war. In ähnlicher Weise wurde mit den Sehnenscheidenphlegmonen verfahren. Die mit der Saugglocke behandelten Furunkel gingen zurück, sobald sie so frühzeitig in Behandlung kamen, dass eine Pfropf- oder Abszessbildung fehlte. Bei vorhandenem Pfropf wurde nach B i e r's Vorschrift das ihn bedeckende Häutchen entfernt und der Schröpfkopf aufgesetzt, welcher dann in den nachfolgenden Tagen alle mit Blut und Eiter gemischte Flüssigkeit aussog, so dass der Furunkel ohne weitere Inzision abheilte. Lagen grössere furunkulöse Abszesse vor, so musste mindestens eine 1 cm lange Eröffnung daselbst gemacht werden, wenn der Schröpfkopf Erfolg haben sollte. Von der so schmerzhaften Tamponade der Wunde wurde stets Abstand genommen, die Furunkel vielmehr nur durch ein kleines Stück lockere Gaze bedeckt, welches durch ein paar schmale Heftpflasterstreifen oder durch eine Binde festgehalten wurde.

Was nun der Erfolg dieser Behandlung betrifft, so war ein solcher bei 12 von 14 Panaritien entschieden zu verzeichnen; einmal ging die Entzündung zurück, ohne dass es zur Eiterbildung kam, in 2 Fällen musste die Stauung als erfolglos ausgesetzt werden, da am anderen Tage die Schmerzen und die entzündlichen Erscheinungen stärker geworden waren. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der 12 mit Erfolg behandelten Fälle betrug 11 Behandlungstage. Bei den 15 Furunkeln wurde die Stauung nur in einem Falle ausgesetzt; in den übrigen 14 Fällen liess sich eine verhältnismässig schnelle Heilung mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 9,2 Tagen erzielen. Bei 5 Sehnenscheidenentzündungen der Hände musste die Stauung 3 mal ausgesetzt werden. Die Unterschenkelphlegmone, bei welcher die Stauung angewandt wurde, ging schnell zurück, so dass nach 24 Stunden nur noch die Quetschwunde zu behandeln war, welche zur Phlegmone den Anlass gegeben hatte.

H. fasst sein Urteil über die mit der Stauungshyperämie erzielten Resultate dahin zusammen, dass dieselbe bei akuten entzündlichen Prozessen — namentlich bei Panaritien und Furunkeln — recht gute Erfolge zeitigt und dass sie daher für diese Krankheiten sicherlich eine Bereicherung unserer chirurgischen Hilfsmittel darstellt; dass sie aber andererseits kein Allheilmittel ist, da sie versagen kann, und dass sie endlich bei schweren Phlegmonen nur mit Vorsicht und gewissenhafter Ueberwachung verwendet werden soll. (Ibidem.)

Prof. Erich Lexer (Königsberg): **Zur Behandlung akuter Entzündungen mittelst Stauungshyperämie.**

Das Bier'sche Verfahren bezweckt die Unterstützung der natürlichen Abwehrvorgänge am Orte der Infektion und Invasion. Die praktische Erfahrung hat L. gelehrt, dass die gewollte Unterstützung der Vorgänge im infizierten Gebiete wirklich erreicht wird, aber leicht in ihre Störung umschlägt, welche wohl oftmals ohne Bedeutung bleiben, oft aber auch schweren Schaden hervorbringen kann. Die Behandlung akuter Entzündungen mittels Stauungshyperämie ist demnach oft ein zweischneidiges Schwert und dies nicht nur bei fehlerhaft ausgeführter zu starker Stauung, sondern auch bei richtig angewandter, richtig „dosierter" Hyperämie.

Die für den Verlauf einer akuten Entzündung bedeutendsten Vorgänge am Infektionsorte erleiden durch die Stauungsbehandlung folgende Veränderungen:

1. Die veränderten Resorptionsverhältnisse bewirken nur in leichten Fällen keinen Nachteil, bei schweren sind genügende Inzisionen zu fordern, um von dem erkrankten Gewebe die Gefahr der verminderten Resorption während der Stauung, von dem Gesamtorganismus die der gesteigerten Resorption nach Abnahme der Binde fernzuhalten.

2. Die Vermehrung der Schutzkörper infolge der Stauungsbehandlung ist bezüglich antitoxischer Stoffe ohne wesentliche Bedeutung, bezüglich der bakteriziden in leichten Fällen vorteilhaft, in schweren schädlich durch das Freiwerden grösserer Endotoxinmengen infolge der Bakteriolyse. Nur grosse und frühzeitig angelegte Spaltungen des Gewebes begegnen diesem Nachteil.

3. Die Vermehrung der proteolytischen Fermente infolge der Stauungsbehandlung wirkt in infizierten Verletzungs- und Operationswunden günstig. Die Einschmelzung entzündlicher Infiltrate dagegen muss überall, wo es sich nicht um ganz leichte Formen handelt, durch frühzeitige Schnitte verhütet werden, da sonst der nekrotisierende Vorgang wichtige Gewebsabschnitte (z. B. Sehnen) erreicht oder der Eiter in die Nachbarschaft durchbricht.

4. Die vermehrte Transsudation, beziehungsweise Exsudation während der Stauung wirkt in geschlossenen oder ungenügend inzidierten Entzündungsherden schädlich durch Verbreitung der Giftsoffe im Gewebe, nützlich dagegen in breit geöffneten und in infizierten Verletzungs- und Operationswunden durch die mechanische Ausschwemmung der Infektionsstoffe.

Daraus folgt als Gesamtergebnis, dass sich die Stauungsbehandlung bei akuten pyogenen Erkrankungen im allgemeinen nur in leichten Fällen eignet; in schweren dagegen nur nach frühzeitigen und genügend grossen Spaltungen der Entzündungsherde. Zweifelhafte Fälle müssen als schwere betrachtet und behandelt werden, namentlich wenn auf den ersten Stauungsversuch eine örtliche Verschlimmerung eintritt.

Der Stauungsbehandlung schliesst sich die Saugbehandlung nach Klapp an. Hier ruht der Hauptnachdruck von vorneherein mehr auf der Entfernung der Infektionsstoffe aus dem Entzündungsherde als in ihrer Vernichtung durch Hyperämie. Die Saugbehandlung mit den Klapp'schen Apparaten hat bei verkürzter Heilungsdauer ausgezeichnete Erfolge überall, wo bei Furunkeln und Karbunkeln bereits nekrotische Pfröpfe vorhanden sind, wo umschriebene Entzündungsherde an den Fingern, in den Brüsten, in den Lymphdrüsen u. a. schon in der Mitte erweicht sind und durch kleine Stichinzisionen geöffnet wurden, und wo das Fehlen von Fieber die bereits erfolgte Abkapselung verrät. Dagegen dauert die Saugbehandlung länger als die gewöhnliche Schnittbehandlung, wenn die entzündlichen Infiltrate Neigung zum Fortschreiten haben und noch nicht verflüssigt sind. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 14.)

R. Bestelmeyer (München): **Erfahrungen über die Behandlung**

akut entzündlicher Prozesse mit Stauungshyperämie nach Bier.

Auf der Angerer'schen Klinik zu München wurden seit März 1905 über 200 Fälle akuter Entzündungen der Behandlung mit Stauungshyperämie unterworfen. Aus den dabei gemachten Erfahrungen hebt B. zwei wesentliche Punkte hervor: Einerseits muss ohne weiteres zugegeben werden, dass die Stauungshyperämie wohl imstande ist, akut entzündliche Prozesse zur Heilung zu bringen, andererseits muss jedoch festgestellt werden, dass dieselbe verbunden mit **kleinen** Inzisionen bei schweren phlegmonösen Erkrankungen oft keine Heilung erzielen kann. Mit anderen Worten: Die Wirksamkeit der Stauungshyperämie ist erwiesen, jedoch gibt es für dieselbe eine Grenze, wo ihre Macht allein nicht mehr ausreicht, die Erkrankung zu überwinden.

Unter den Vorteilen der Stauungsmethode hebt B. die subjektiv viel angenehmere Behandlungsweise und die kleinen, manchmal kaum sichtbaren Narben besonders hervor. Ein weiterer grosser Vorteil besteht in dem Wegbleiben der Tamponade. Endlich liegt noch ein wesentlicher Vorteil in der Möglichkeit, frühe aktive und passive Bewegungen in den erkrankten Gliedern ausführen zu können. Die beiden letzten Punkte geben auch bei Erkrankungen von Sehnenscheiden und Gelenken der Stauungstherapie den Vorzug gegenüber der alten Behandlungsweise.

Unter den Nachteilen der Behandlung mit Stauungshyperämie hebt B. besonders die im allgemeinen doch schwierige Technik hervor. Denn es fehlt vor allem ein sicheres objektives Zeichen für die richtige Stauung und in erster Linie ist man immer auf die subjektiven Angaben der Patienten angewiesen. Grössere Uebung und Erfahrung mit der neuen Methode wird zwar vielfach Besserung schaffen, aber doch über den letzterwähnten Punkt nicht immer hinweghelfen. Als Nachteil erscheint B. ferner besonders bei der Saugbehandlung von unbedeutenden entzündlichen Prozessen, wie z. B. Furunkeln, der verhältnismässig grosse Zeitaufwand, der sowohl von seiten des Arztes als auch von seiten des Patienten bei den täglichen Sitzungen gefordert werden muss. Ein weiterer Nachteil liegt vielleicht noch darin, dass sich die Asepsis bei demselben nicht so exakt durchführen lässt also sonst, doch hat B. nie unangenehme Folgen davon gesehen. (Ibidem.)

Stenger (Königsberg): **Die Bier'sche Stauung bei akuten Ohreiterungen.**

St. hat die Bier'sche Stauung bei akuten Ohreiterungen in Form der eigentlichen Stauung durch Umschnürung und in Form der Saugstauung angewandt. Die Umschnürungsstauung wurde derart gebraucht, dass er ein 3 cm breites Band fest um den Hals anlegte und meist 22 Stunden liegen liess. Dabei hat er es als praktisch befunden, ein nicht zu breites Band umzulegen. Der Nachteil eines breiten Bandes ist der, dass die Kranken dazu aufgefordert werden müssen, den Hals gestreckt zu halten, da sonst leicht Atembeschwerden eintreten. Die Saugstauung wandte er im Anschluss an den operativen Eingriff bei Mastoiditis an. Die von St. mit Stauung behandelten Fälle waren Ohreiterungen, entstanden im Anschluss an Erkältung, Anginen oder auch aus unbekannter Ursache, jedenfalls nicht im Anschluss an eine akute Infektionskrankheit. Die Eiterungsprozesse schienen günstig beeinflusst zu werden, und zwar mehr in den Fällen, in denen die Stauung im späteren Stadium des Prozesses angewandt wurde. Die Stauung wird nach St. subjektiv wohltuend empfunden. Selbst kleinere Kinder gewöhnen sich bald daran. Vor allem wird fast sofortiger Nachlass der subjektiven Beschwerden angegeben. Auch die lokale Druckempfindlichkeit ist angeblich geringer. Ein Vorzug der Stauungsbehandlung ist ferner ihre leichte und bequeme Anwendungsweise. Ueble Zustände sind bisher nicht beobachtet worden. Jedoch wird es sich der Sicherheit halber empfehlen, die Kranken dauernd durch zuverlässige Beobachter beaufsichtigen zu lassen. St. fasst seine Erfahrungen dahin zusam-

men, dass wir in der Bier'schen Stauung ein Heilverfahren besitzen, das in der Behandlung der eitrigen Ohrenentzündungen eine hervorragende Bedeutung gewinnen wird. Die Anwendung bei akuten, unkomplizierten Ohreiterungen ist unter gewissen Einschränkungen ungefährlich. Die Behandlungsmethoden bei komplizierten Ohreiterungen bedürfen noch der weiteren Klärung. (Deutsche med. Wochenschr., 1906, No. 6.)

J. Mindes: **Zur Technik des Bier'schen Verfahrens mit Stauungshyperämie.**

M. macht auf einen von Kozlowski erfundenen Apparat für die richtige Anlegung der Stauungsbinde aufmerksam. Die tägliche Erfahrung hat gelehrt, dass das richtige Anlegen der Gummibinde grössere Fertigkeit und subtile Aufmerksamkeit seitens des Arztes erfordert. Handelt es sich doch hauptsächlich darum, tatsächlich die rote Hyperämie hervorzurufen. Die schwache hat keinen Erfolg, die zu starke, die blaue oder kalte Hyperämie bringt Schaden. Der neue Apparat besteht aus einer Walze, an deren einem Ende eine Scheibe mit gezahntem Rande und eine Sprungfeder angebracht sind. Auf die Walze ist ein beliebig breites Band aus gewebtem Gummi aufgewunden. Beim Anlegen des Apparates wird das Band mittelst Schlüssels aufgerollt, an den betreffenden Körperteil gebracht und dann die Sprungfeder in den bestimmten Zahn fallen gelassen. Dadurch wird nicht nur der gewünschte Druck erzielt, sondern auch das Gummiband dauernd auf seinem Platz erhalten. Die Praxis lehrt, dass man den Druck am besten in der Weise reguliert, dass man beim Anlegen der Binde eine leichte Blaufärbung hervorruft, also stärker anzieht, etwa 2 Minuten später einige Zähne nachlassend, die rote Hyperämie hervorruft. Nach Verlauf einiger Stunden lockert sich zwar das Band, ebenso wie die Bier'sche Stauungsbinde, aber durch Drehung der Walze um einige Zähne liegt der Apparat wieder fest an und diese Drehung kann nicht nur jeder Spitaldiener, sondern auch jeder nur halbwegs intelligente Kranke selbst bewerkstelligen. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 6.)

R. Richter: **Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heissen Bädern.**

R. berichtet über eine von ihm seit 5 Jahren geübte Wundbehandlung, die nach seiner Angabe auf dem gleichen Prinzip beruht, das der Bier'schen Stauung zu Grunde liegt. Fälle von Weichteilquetschungen, Folgen eingedrungener Fremdkörper, von infizierten Wunden, Panaritien, Furunkel und Phlegmonen, mit und ohne Lymphgefässentzündung, pflegt er, soweit sie ihrer örtlichen Lage nach sich eignen, mit heissen Bädern zu behandeln. Der Patient hat in seiner Wohnung, mehrere Male am Tage, jedesmal mindestens ½—1 Stunde lang das geschädigte Glied in möglichst heissem Wasser zu baden und darauf zu achten, dass durch Zugiessen heissen Wassers keine Abkühlung eintritt. Dem Badewasser lässt er etwas Soda zusetzen, etwa ½ Esslöffel auf einen Liter Wasser. Nach dem Bade wird das geschädigte Glied mit reiner trockener Gaze verbunden. Diese einfache Behandlungsmethode hat ihm so befriedigende Resultate gegeben, dass er sie heute noch ausübt. R. erinnert sich kaum eines Falles, der durch diese ganz unmoderne Behandlung Schaden erlitten hätte. Mit der bisher üblichen Inzision und Drainierung von Infektionsherden, selbst solchen, die durch Lymphgefässentzündung und Drüsenschwellung kompliziert sind, wartet er möglichst lange. Die Entzündungsprodukte werden entweder resorbiert oder der Eiter bricht von selbst im Bade durch oder R. öffnet ihm den Weg durch eine Inzision. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 15.)

Krecke (München): **Können wir die schweren, die sofortige Operation erfordernden Appendizitisfälle erkennen?**

K. stellt die folgenden Sätze auf:

1. Bei jedem Falle von Appendizitis muss sofort bei Uebernahme der Be-

handlung die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis simplex und Appendicitis destructiva (leichte oder schwere Form) gestellt werden.

2. Das sicherste Symptom der Appendicitis destructiva ist die schmerzhafte Bauchdeckenspannung; sie indiziert die sofortige Operation. Nur wenn dieses Zeichen völlig fehlt und auch keine sonstigen beängstigenden Erscheinungen vorliegen, darf man sich mit der Annahme einer Appendicitis simplex beruhigen.

3. Eine Steigerung der Pulszahl auf 100 und mehr Schläge ist in der Regel ein sicheres Zeichen der destruktiven Appendizitis und verlangt die sofortige Operation. Eine niedrige Pulszahl darf uns nicht zur Annahme einer leichten Erkrankung verleiten.

4. Heftiges mehrmaliges Erbrechen und lebhafte, durch Eisbeutel nicht zu stillende Schmerzen machen immer das Vorhandensein einer schweren Appendizitis wahrscheinlich.

5. Das Verhalten der Temperatur ist für die Beurteilung der Art der Appendizitis ohne besondere Bedeutung.

6. Die Beschleunigung der Atmung und das Auftreten des kostalen Atmungstypus sind immer höchst ungünstige Zeichen.

7. Ein ungünstiges Zeichen ist für die Beurteilung des Falles von grösserer Bedeutung als 4 günstige Zeichen.

8. Bei der Diagnose „destruktive Appendizitis" ist die Operation innerhalb der nächsten 2 Stunden vorzunehmen. (Ibidem.)

W. Hagen (Nürnberg): **Die Intermediäroperation bei akuter Appendizitis.**

Bereits im Jahre 1904 hat Verf. sich bezüglich der Intermediäroperation folgendermassen ausgesprochen: Vom 3. Tage an ist eine zuwartende Behandlung in den nicht progredienten Fällen berechtigt, wenn wir die Kranken ständig zu überwachen imstande sind, um mit dem Eintreten irgend eines alarmierenden Zwischenfalles sofort eingreifen zu können. Es erscheint daher dringend geboten, solche Kranke sofort einem Krankenhaus oder einer Klinik zuzuführen. Fälle mit progredienter Tendenz oder allgemein septischen Erscheinungen sind auch nach den beiden ersten Tagen zu operieren, und zwar je früher, desto besser. Seit Aufstellung dieses Satzes hat H. 103 Appendizitisfälle zu behandeln Gelegenheit gehabt und verfügt nunmehr seit dem Jahre 1897 über eine Statistik von im ganzen 287 Fällen. Davon waren nach Abrechnung der Intervalloperationen 50 Frühoperationen mit 0% Mortalität und 171 Spätfälle mit 29% Mortalität. Von den letzteren entfallen 40 umschriebene Wurmfortsatzerkrankungen auf das Intermediärstadium, d. i. die Zeit vom Ende des 2.—5. Tages. Während früher auch in diesem Intervall ausnahmslos operiert wurde, wurden im Laufe des letzten Jahres 14 Patienten dieser Zeit expektativ behandelt. Alle diese — darunter auch sehr schwere Erkrankungsfälle — konnten dem freien Intervallstadium zugeführt werden. Die übrigen 26 Patienten fielen früher dem Messer anheim und zwar mit erschreckend ungünstigem Erfolge: über ein Drittel, nämlich 9 Fälle, gingen zum grossen Teile an der Operation zugrunde. H. ist auf Grund seiner Fälle in der Lage, zu zeigen, dass gerade durch die Operation eine zweifellose begrenzte Entzündung ohne progredienten Charakter diffus werden kann, ohne einen Fehler in der Asepsis, sondern lediglich durch die unter allen Kautelen ausgeführte Operation in einer für das chirurgische Vorgehen nicht mehr geeigneten Periode der Erkrankung. H. gibt ohne weiteres zu, dass das Intermediärstadium weitaus die gefährlichste Zeit in der Appendixerkrankung darstellt, die zweifellos auch ohne Operation eine recht beträchtliche Mortalität bietet. Aber er glaubt zu der Behauptung berechtigt zu sein, dass die an sich hohe Sterblichkeit durch einen operativen Eingriff in dieser Zeit noch ganz erheblich vermehrt wird. Die Furcht, dass bei einer expektativen Therapie in der intermediären Zeit vollends die mühsam errungene Frühoperation von neuem in Frage gestellt sei, kann H. auf Grund seiner Erfahrungen nicht teilen. Die Erfolge der Frühoperation sind ja für

Laien und Aerzte so in die Augen springende, dass dieselbe wohl für alle Zeiten gesichert bleibt. Umsoweniger aber darf man durch ungünstige Erfolge im Intermediärstadium den guten Ruf der Chirurgie in Misskredit bringen. (Zentralbl. für Chirurgie, 1906, No. 15.)

Prof. A. Döderlein (Tübingen): **Ein neuer Vorschlag zur Erzielung keimfreier Operationswunden.**

D. stellt auf Grund eingehender Untersuchungen die folgenden Sätze auf:

1. Nur bakteriologische Untersuchungen vermögen die zuverlässige Funktion unseres aseptischen Apparates zu erweisen.

2. Es empfiehlt sich, dass jeder Operateur von Zeit zu Zeit durch bakteriologisch-kulturell zu untersuchende Stichproben, die während der Operation aus dem Wundmaterial entnommen werden, seine Asepsis revidiert.

3. Nur wenn die aus dem Operationsgebiet gewonnenen Kulturproben Keimfreiheit erweisen, darf die Asepsis als gelungen betrachtet werden. Diese Kulturproben bilden das beste Testobjekt für die operative Asepsis.

4. Die gegenwärtige Asepsis ist unvollkommen. Sie vermag wohl, bei richtiger Funktionierung alle von aussen kommenden Infektionsfaktoren zu eliminieren, nicht aber die Hautkeime, die bei dem seitherigen Verfahren alle unsere Operationswunden infizierten.

5. Ausser der Ausschaltung der Haut der operierenden Hände und Arme durch die Verwendung steriler Gummihandschuhe und Gummimanschetten muss auch das Hauptgebiet des Operationsfeldes durch eine an Ort und Stelle erzeugte Gummihaut an der Abgabe von Keimen an das Operationsgebiet verhindert werden.

6. Die Einhaltung dieser Vorsichtsmassregeln gibt Gewähr für Keimfreiheit der Operationswunden.

Das von D. vorgeschlagene Verfahren ist folgendes: Mittels eines besonderen Apparates wird auf die Haut des Operationsgebietes, bei Laparotomien auf die Bauchhaut und die angrenzenden Partien der Oberschenkel, eine dünne Schicht einer keimfreien und aus bestem Paragummi mittels Benzin und Formalin-Aether hergestellten Lösung aufgetragen, aus der in wenigen Minuten durch Verdunstung des Benzins und Aethers eine unsichtbare, dünne Gummimembran entsteht, die mit ihrer Unterlage fest verbunden ist. Nach dem Trocknen wird die ganze Oberfläche mit sterilisiertem Talkum bestreut, wodurch die Gummidecke ihre Klebrigkeit verliert. Nach dem Abkehren des Talkums mittels sterilisierten Pinsels ist die Haut mit einer dünnen, glatten, glänzenden, festhaltenden Membran überzogen. Vor dem Auftragen der Gummilösung wird die Haut speziell präpariert und zwar ausser im Sinne der Desinfektion auch im Sinne der möglichst festen Zusammenfügung der Epidermiszellen, sodass die Haut also gewissermassen für die Dauer der Operation gegerbt ist. Für diese Zwecke bewährte sich am allerbesten die reine Jodtinktur. In 1—2 Minuten nach Auftragen derselben ist die Haut so trocken, dass nunmehr deren Gummierung erfolgen kann. Aufgestellte Kulturproben ergaben mit Sicherheit, dass sich auf diese Weise eine vollkommene Keimfreiheit des Operationsgebietes erzielen lässt. (Deutsche med. Wochenschr., 1906, No. 15.)

Hager (Magdeburg): **Das Neueste über Organtherapie.**

Ueber die Organtherapie spricht sich H. in folgender Weise aus:

1. Für den praktischen Arzt erscheint zur Zeit die allgemeine Anwendung organotherapeutischer Präparate noch nicht ratsam.

2. Zu empfehlen ist die Benützung der Schilddrüsenpräparate bei Myxödem und verwandten Stoffwechselkrankheiten, namentlich in der Form von Jodothyrin, auch Thyreoidin siccat. Merck; ferner die Behandlung des Symptomenkomplexes des Morbus Basedowii mit dem Möbius'schen Schilddrüsenserum.

3. Die Anwendung des Adrenalins resp. Paranephrins Merck als blutstillendes und namentlich als schleimhautanämisierenden Mittels mit vorsichtiger Dosierung und Berücksichtigung der Kreislaufsorgane.

4. Weniger sicher erscheint die Anwendung von Organpräparaten, bei welchen es bisher nicht gelang, ein wirksames Prinzip darzustellen; vielleicht macht das Oophorin, das Pankreatin oder das Pankreon hier eine Ausnahme.

5. Von diesen Präparaten erscheinen die nach Pöhl'schem oder Merck'schem Prinzip dargestellten die empfehlenswertesten, namentlich erscheinen auch die von Vassale und die nach Sciallero's Prinzip dargestellten einer Berücksichtigung wert.

6. Die klinische Prüfung der nach diesem Prinzip dargestellten organotherapeutischen Präparate, namentlich auch mit Berücksichtigung der Urosemiologie und einer sicheren Dosierung bleibt wünschenswert.

7. Immerhin aber lohnt es sich nach dem Grundsatz „remedium anceps melius quam nullum" auch für den praktischen Arzt in Fällen, wo es sich um Stoffwechselstörungen oder um funktionelle Schwäche eines bestimmten Organsystems oder auch um unheilbare Störungen der verschiedensten Art handelt und alle übrigen therapeutischen Massnahmen fruchtlos blieben, einen Versuch mit Organopräparaten, wo möglich ganz frisch oder jedesmal frisch dargestellt, zu machen. Mit der Behandlung muss eine sorgfältige Beobachtung einhergehen und namentlich der Grundsatz „primum non nocere" beherzigt werden. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 15.)

H. Reuchlin (Tübingen): **Ueber Erfahrungen mit dem Koch'schen Tuberkulin.**

Auf Grund der Erfahrungen, die die Prüfung des diagnostischen Wertes des Koch'schen Tuberkulins auf der Tübinger Universitäts-Aguenklinik gegeben hat, glaubt R. zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass, wenn ein Patient, der auf tuberkulöse Aetiologie seiner Augenerkrankung suspekt ist, in der typischen Weise auf geringe Mengen von Alt-Tuberkulin (1—3—5 mg) reagiert, das Vorhandensein einer „aktiven Tuberkulose" erwiesen ist, so dass man die Erkrankung des Auges (speziell eine Skleritis, Chorioiditis, Iritis) in inneren Zusammenhang mit derselben zwanglos bringen kann, auch dann, wenn Anhaltspunkte für anderweitige Tuberkulose klinisch nicht erbracht sind. Für diese Auffassung spricht auch die günstige Beeinflussung dieser Erkrankungen des Auges durch systematische Tuberkulinkur.

Auf Grund der gemachten Beobachtungen glaubt R. daher aus den guten Erfolgen, die erzielt wurden, der weitgehenden Anwendung von systematischen Tuberkulinkuren das Wort reden zu müssen; denn die Anwendung ist nach den gemachten Erfahrungen ungefährlich, wenn sie auch die Geduld des Arztes und des Patienten in hohem Masse in Anspruch nimmt. So weit R. zu übersehen vermag, handelt es sich bei den ungünstig verlaufenen Fällen um jugendliche Individuen, bei welchen der tuberkulöse Prozess des Auges das Begleitsymptom einer unaufhaltsamen akuten Tuberkulose des übrigen Körpers war. (Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, 1906, April—Mai.)

Referate und Bücheranzeigen.

Augustus Caillé, M.D.: **Differential Diagnosis and Treatment of Disease.** A Text-Book for Practitioners and Advanced Students. With 228 illustrations in the text. New York and London, D. Appleton & Co., 1906. 867 S.

Die Aufgabe des Arztes ist es, die Krankheiten zu heilen oder, wo dies nicht möglich, dem Patienten Linderung seiner Leiden zu verschaffen. Um die Krankheiten heilen oder lindern zu können, muss er dieselben kennen und erkennen und, wenn er sie erkannt hat, mit der jeweilige Behandlungsmethode vertraut sein. Daraus geht ohne weiteres hervor, wie ungeheuer wichtig Diagnose und Therapie für den Praktiker sind. Qui bene diagnoscit bene curat. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend hat C. obiges Werk geschrieben und in der richtigen Erkenntnis, dass kein Arzt ein erfolgreicher und zielbewusster Therapeut sein kann, der nicht zugleich mit der Diagnostik vollkommen vertraut ist. Demgemäss wurde in dem Werke das Hauptgewicht auf die allgemeine und spezielle Diagnostik sowie auf die Therapie gelegt, womit jedoch nicht gesagt sein soll, dass Aetiologie und Pathologie der Krankheiten vollkommen unberücksichtigt geblieben sind. Auf Einzelheiten des ungemein reichen Inhalt des Werkes, das mit Ausnahme der Chirurgie und Geburtshilfe das Gesamtgebiet der Medizin inklusive Orthopädik, Dermatologie, Otologie und Ophthalmologie umfasst, kann hier nicht eingegangen werden. Besonders willkommen dürften dem Praktiker die Abschnitte über die allgemeinen Untersuchungsmethoden und die Laboratoriumsarbeiten sein, ebenso die Kapitel über Ernährung und Diät, über Massage, Heissluftbehandlung und über Anästhesie. Die Darstellung ist klar und präzise, die Einteilung des Stoffes ist übersichtlich, jedes unnötige Beiwerk ist weggeblieben. Die beigegebenen Abbildungen sind gut gewählt, gut ausgeführt und wirken instruktiv. Die Dosierung der Arzneimittel ist nach dem Apothekergewicht gegeben, jedoch wäre es wünschenswert, dass bei der nächsten Auflage auch das metrische System berücksichtigt würde und zwar um so mehr, als nunmehr auch die U. S. Pharmakopöe mit ihrer Neuausgabe das metrische System adoptiert hat. Caillé's Werk kann auf das wärmste empfohlen werden; es ist das Beste, was bis jetzt auf diesem Gebiete geschrieben wurde.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom 5. Februar 1906.

Präsident Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr und die Versammlung tritt sofort in die Tagesordnung.

1. **Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten etc.**

a. Dr. Carl Pfister: Meine Herren, der Knabe, den Sie hier sehen, wurde am 20. Dezember von der Trollycar überfahren und kam am 26. Dezember im St. Mark's Hospital unter meine Behandlung. Der Status bei der Aufnahme des Patienten war folgender: Eine klaffende infizierte Wunde an der Stirn. Eine Fraktur des rechten Radius und eine vollständige Zerreissung des rechten Ellenbogengelenkes, dessen Weichteile und Bedeckungen an der inneren Seite vollständig zerstört waren. Aus der offenen, vollständig vereiterten Wunde ragte der Humeruskopf heraus, und das Olekranon war zerschmettert. Der ganze Arm war ödematös geschwollen und in septischer Verfassung. Puls 130 und sehr klein. Temp. 103—104. Benommenes Bewusstsein, sehr schlechtes Allgemeinbefinden.

Der Fall sah so verzweifelt aus, dass ich glaubte, eine Amputation sei unbedingt notwendig, und dass ich auch, so leid es mir tat, den Vater des Jungen darauf aufmerksam machte und um seine Einwilligung ersuchte. Ich wollte aber nichts unversucht lassen und so reinigte ich zunächst unter leichte Narkose die Wunde und entfernte die Knochensplitter des zertrümmerten Olecranons, verband die Fraktur und schickte Patienten wieder zu Bett, den Arm im Extensionsverband.

Am 27. Dezember: Temperatur 101, Puls 100. Patient hatte etwas Nahrung zu sich genommen. Verbandwechsel.

Am 28. Dezember: Temperatur 100, Puls 110. Das ganze Allgemeinbefinden bedeutend besser, so dass ich mich entschloss, die zerstörten Gelenkenden sofort zu resezieren. Dies geschah von der seitlichen, erweiterten offenen Wunde aus. Dann eine Kontrainzision unter zur Seite Ziehung des Nerv. ulnaris, zwecks genügender Drainage. Oberarm zum Unterarm in den Gelenkenden rechtwinklig fixiert. Täglicher Verbandwechsel nach der Operation, da zuerst noch reichlich Eiter vorhanden war, und im Bett permanente Extension. Nach 14 Tagen war die Wunde rein und begann zu heilen, und nach 4 Wochen konnte Patient im jetzigen Zustande entlassen werden. Die Finger sind vollständig beweglich. Patient kann schreiben und es ist auch einige Beweglichkeit im Ellenbogengelenk vorhanden, die, wie ich hoffe, sich noch bessern wird.

Ich möchte noch bemerken, dass ich den Nerven — ich dachte wohl an die Kallusbildung — vorher ganz auf die Seite gezogen hatte. Der Nerv hat jetzt nicht die Lage, die er ursprünglich hatte. Die Kontrainzision ist auch anders gemacht, als man sie in der Regel macht. Ich habe vom ersten Tage an darauf gehalten, dass der Junge trotz der Splints, die er vom Handgelenk bis fast an die Wunde hatte, fortwährend die Finger bewegte. Er ist jetzt ganz gut im stande, mit der Hand zu schreiben. Ich glaube, dass sich die Beweglichkeit im Gelenk vielleicht noch etwas heben wird. Ein steifes Gelenk ist aber dennoch einem Schlottergelenk vorzuziehen.

b. Dr. L. Wachsmann: Erklärung pathologischer Präparate: **Rückenmarkstumor und Aortenaneurysma mit Perforation in den Oesophagus.**

Diskussion. Dr. W. Freudenthal: Der Fall mit dem Aortenaneurysma gehört in die Kategorie jener Fälle, bei denen man froh sein kann, wenn sie einem nicht in der Privatpraxis passieren. Ich war Ende Dezember in das Montefiore Home gekommen, und der betr. Patient wurde mir wegen Heiserkeit vorgeführt. Ich bestätigte die Diagnose von Dr. Wachsmann, indem auch ich eine Lähmung des linken Stimmbandes konstatierte. Darauf liess ich den Mann sich entkleiden, um seine Brustorgane zu untersuchen. Bei der Perkussion fand sich eine eigentümliche Dämpfung, die ganz gleichmässig zu beiden Seiten des Sternums nach unten ging, und nicht so wie man sie sonst bei Aneurysmen zu finden gewohnt ist. Eine Pulsation konnte ich auch nicht sehen. Nachdem ich den Mann perkutiert hate, sagte ich zu den umstehenden Kollegen, dass es sich nur um zwei Dinge handeln könne, entweder um einen Mediastinaltumor oder ein Aneurysma. Kaum hatte ich diese Worte ausgesprochen, als er sich nach vorn überbeugte und eine Menge Blut auswarf. Den weiteren Verlauf haben Sie ja gehört. Nachher habe ich ihn nicht wieder gesehen.

Ich muss wiederholen: hier in den Vereinigten Staaten kann man froh sein, wenn ein solcher Fall nicht in der Privatpraxis passiert. Manche Leute könnten einen noch für das Perkutieren verantwortlich machen und eventuell gerichtlich belangen. Jedenfalls ist dieser Fall einer der interessantesten, den ich seit langem gesehen habe. Die Verblutung war, wie Dr. Wachsmann sagte, nicht die gewöhnliche, die in ein oder zwei Minuten den Exitus herbeiführt, sondern geschah sehr langsam im Verlauf von 6—7 Stunden.

Dr. H. Riedel: Die beiden Vorredner scheinen zu meinen, dass das Bersten eines Aortenaneurysmas eo ipso raschen Tod zur Folge habe. Dem ist nicht so; in gar manchen Fällen, zumal wenn die Berstung nach aussen erfolgte, ist durch Herzschwäche und Abnahme des Blutdrucks Zeit und durch die buchtige Zerklüftung des Innern des Aneurysmasackes erleichternde Gelegenheit für blutungstillende Gerinnsel-Bildung gegeben, so dass es erst nach Tagen oder Wochen — und dann nicht durch Verblutung, sondern durch Hydraemie und Lungen-Oedem — zum letalen Ausgange kommt.

Während meines Dienstes im Deutschen Hospitale, 1869—'70, habe ich zwei Fälle dieser Art beobachtet. Ich möchte die Frage an die Gesellschaft richten, ob einer der Herren Kollegen die erstmalige Berstung eines Aneurysmas auf der Stelle durch reine Verblutung — ohne weitere Komplikation — hat töten sehen?

Dr. W. Freudenthal: Ich habe zwei Fälle gesehen.

Dr. Ernst Danziger: Ich möchte an Dr. Wachsmann die Frage richten, ob etwa Lues vorhanden gewesen. Er sagte, dass die Krankheit mit Schmerzen hinter dem Ohr angefangen hätte, und im Anfang ist das Gewicht des Aneurysmas doch noch nicht so gross, dass es die Schmerzen durch Zug hervorbringen könnte. Es ist überhaupt kaum möglich, den Ohrenschmerz ohne gründliche Funktionsuntersuchung zu erklären. Wahrscheinlich ist es ein von dem Aneurysma ganz unabhängiges Symptom.

c. Dr. Carl Beck: **Ueber Fraktur des unteren Radiusendes und die neuen Informationen, welche uns die Röntgenstrahlen gebracht haben.**

2. Vorträge.

a. Dr. F. E. Sondern: **Bemerkungen über den Wert von Blutuntersuchungen in der Diagnose.** (Ist in der Februarnummer als Originalarbeit erschienen.)

b. Dr. L. A. Ewald: **Ursachen und Behandlung der Blutungen aus den weiblichen Genitalien.**

Diskussion. Dr. Flesch: Ich möchte Dr. Ewald fragen, ob er mechanische Verletzungen des Uterus als Ursache von Blutungen angegeben hat. Die Verletzungen des Uterus sind für den praktischen Arzt von grosser Wichtigkeit. Ich habe einen solchen Fall heute gehabt. Jeder machte eine andere Diagnose. Von Kurettage bis Hysterektomie wurde der Frau geraten. Der Fall war der, dass ich ein Stück Fischbein direkt aus der Uterushöhle herausgebracht habe. Ich fand das Ding mit den Fingern, fühlte eine Härte, und wie ich mit der Zange hineinging, kam das ganze Fischbein heraus. Wir finden sehr oft Fremdkörper im Uterus, die uns eine Zeit lang raten lassen, was eigentlich da vorgefallen ist, bis die Körper von selbst herauskommen oder durch weiteres Einschreiten herausgebracht werden.

c. Dr. Hugo Lieber: **Radium- und Radioaktivität in der Medizin.** (Ist in der Februarnummer als Originalarbeit erschienen.)

Diskussion. Prof. W. Hallock: Es ist immer eine sehr interessante Frage, wenn eine grosse Entdeckung von der Wissenschaft gemacht wird, in welcher Weise sie für die Praxis verwirklicht wird. Als wir vor einigen Jahren zuerst vom Radium hörten, war es zunächst eine wissenschaftliche Neuigkeit, und wenn von Anwendung in der Therapie die Rede war, sagte man immer: ja, bei dem hohen Preis ist nichts damit zu machen. Aber wie in manchen anderen Fällen, so war es nur eine Frage der Zeit, bis einer es sich zur Aufgabe gemacht, das Radium in solcher Weise zu präparieren, dass es zugänglich und für verschiedene Zwecke brauchbar ist, nicht nur medizinisch, sondern auch wissenschaftlich.

Es ist sehr interessant, dass vor ungefähr 5 Jahren beim Anfang des Jahrhunderts viele Leute geglaubt haben, dass das vergangene Jahrhundert alles Entdeckunswerte entdeckt habe, und dass wir armen Leute, die wir im 20. Jahrhundert leben müssten, wahrscheinlich nicht viel würden entdecken

können. Und jetzt sind kaum 5 Jahre verflossen, und wir haben einerseits in der Physik beinahe eine Revolution erlebt, und wenn ich darüber reden darf, so haben auch die Mediziner ein Mittel bekommen, von dem wir allerdings noch wenig wissen, das aber in den nächsten Jahren ein sehr wertvolles Heilmittel zu werden verspricht und aller Wahrscheinlichkeit nach ein ganz neues Werkzeug in den Händen der Mediziner sein wird, das es ihnen ermöglicht, Behandlungen zu unternehmen, die ihnen früher absolut unmöglich waren.

Die Untersuchungen und Präparate des Herrn Lieber haben mich sehr interessiert; denn es sind nicht nur die ersten epochemachenden Entdeckungen, die unseren Dank verdienen, sondern auch diejenigen, die danach kommen und Werkzeuge herstellen, die wir gebrauchen können, und es ist manchmal der Fall gewesen — ich spreche hauptsächlich von meinem eigenen Fach — dass die Entdeckung eines berühmten Physikers jahrelang fast wertlos gelegen hat, bis der Mann gekommen ist, der uns gesagt hat, wie wir die Entdeckung gebrauchen könne.

Die erste grosse Frage war natürlich die Undurchdringlichkeit des Glases, und die scheint auch jetzt beinahe vollkommen beseitigt zu sein durch die verschiedenen Präparate, die wir gebrauchen können.

Wir stehen jetzt erst am Anfang. Wir sind wie Kinder, die an den Rand eines Waldes geführt werden, und es wird uns gesagt, da ist ein schöner Wald, und zwar nicht nur für Physiker, sondern auch für Mediziner. Und in den nächsten Jahren werden wir viele Exkursionen darin machen, und ich bin überzeugt, wir werden sehr interessante und wertvolle Entdeckungen machen. Und in den nächsten Jahren werden wir zurückblicken und sagen: ja, als wir zuerst von Radium, X-rays u. s. w. hörten, da glaubten wir, es handle sich blos um wissenschaftliches Spielzeug; aber man könnte fast sagen, dass das wissenschaftliche Spielzeug einer Generation das praktische Werkzeug ist, und ich bin überzeugt, so wird es auch beim Radium gehen.

Ich brauche Herrn Lieber nicht zu sagen, wie ich seine Präparate bewundert habe. Das habe ich ihm schon längst gesagt, und Sie werden sich alle in der nächsten Zeit noch mehr von der Zweckmässigkeit dieser Präparate überzeugen.

Dr. Dieffenbach: Ich habe meine ersten Versuche mit Radium vor 4 Jahren in der Klinik des Flower Hospitals gemacht. Die Präparate befanden sich in Glasröhren, die ich von Eimer & Amend zu billigen Preisen bezog. Ich versuchte sie in einer Anzahl von Fällen, aber mit wenig Erfolg. Endlich versuchte ich das reine Radium Bromide. Der Erfolg war ziemlich negativ.

Damals wurde meine Aufmerksamkeit auf Herrn Lieber's Entdeckung und Präparate gelenkt, und ich beschloss, seine Methode der Radiumanwendung bei einer Patientin zu versuchen. Die Frau war 81 Jahre alt; sie war dem X-Ray Departement zur Behandlung überwiesen worden, das jedoch wenig Erfolg mit dem Fall hatte. Ich hielt den Fall für die Radiumbehandlung geeignet und führte das Radiumstäbchen mitten in das Gewächs ein, das äusserlich war, und liess es einige Tage darin. Das vorher rote Epithel nahm eine dunkle Farbe an, und wir beschlossen, eine Zeit zu warten, ehe wir eine neue Behandlung vornahmen. Darauf führten wir neue Stäbchen an verschiedenen Stellen des Tumors ein, der die Grösse einer Faust hatte, und liessen sie 2 Tage darin. Innerhalb 48 Stunden nach der Entfernung der Stäbchen zerfiel der äussere Teil des Tumors, das Gewebe war vollständig brüchig und zerfiel, wenn wir es berührten. Die Frau blieb 3 Monate unter Beobachtung. Während ich vorigen Sommer in Deutschland war, wurde mir geschrieben, dass augenscheinlich ein erneutes Wachsen erfolge. Es wurde wieder Radium angewandt, wenn auch nicht mit gleich gutem Erfolge wie das erste mal, aber ich höre, dass ebenfalls eine grosse Gewebsveränderung stattgefunden hat und dass die Patientin sich

in ziemlich guter Verfassung befindet.

Dieser Fall war die Veranlassung, Radium in einer Anzahl anderer Fälle anzuwenden, namentlich in unoperierbaren Fällen von Epitheliom. Herr Lieber hatte inzwischen auf meine Anregung Bougies hergestellt, die bei wiederkehrendem Epitheliom verwendet werden konnten.

Ich habe gegenwärtig einen Fall einer Wärterin in Behandlung, die zweimal wegen Uteruskrebs operiert worden war. Jedesmal war kurze Zeit nach der Operation ein Rückfall eingetreten, und die Aerzte hielten eine weitere Operation für nutzlos. Ich beobachtete diesen Fall nun schon seit letztem Mai. Ihre Gesundheit ist ziemlich gut und sie geht ihrem Beruf nach.

Ferner hatte ich 5—6 Fälle von wiederkehrendem Karzinom, die ich in derselben Weise behandelte, und in 3 von diesen Fällen kann ich sagen, dass sich die Patienten in guter Verfassung befinden.

Dr. Abbe hat gezeigt, dass die Radiumstrahlen auf den Krebs selbst eine stärkere zerstörende Wirkung ausüben, als auf das umgebende gesunde Gewebe. Er fand in einem Fall von Krebs der Brust, dass nach Anwendung des Radiums die Krebszellen vollständig zerstört und zum Teil in Narbengewebe verwandelt waren, während das gesunde Gewebe keine ähnlichen Veränderungen aufwies.

Seitdem haben wir Radium in einer Anzahl Fälle von Osteo-Sarkom des Kinnbackens angewendet und augenscheinlichen Erfolg gehabt.

Ich habe einen Fall von Sarkoma des Gesichts, den die Aerzte für absolut inoperabel erklärten und in dem ich Radium anwende. Ohne dem Patienten Hoffnung auf vollständige Heilung zu machen, kann ich doch sagen, dass er sich in entschieden besserer Verfassung befindet und dass der Tumor um die Hälfte kleiner geworden ist. Der Patient kann aus dem rechten Auge wieder sehen, und die mikroskopische Untersuchung einiger Teile des Tumors zeigt, dass wir im Radium ein Mittel besitzen, mit dem Sie einen ehrlichen Versuch machen sollten. Es wäre übereilt, zu sagen, dass das Radium ein absolut sicheres Heilmittel für Krebs ist, aber sicher besitzen wir in demselben ein Mittel, das eine entschiedene Wirkung auf Krebszellen ausübt.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Ich danke den Herren, die gesprochen haben, und insbesondere Herrn Lieber für seinen Vortrag. Sodann habe ich Ihnen mitzuteilen, dass die Herren Drs. H. Schwartz, C. A. Elsberg, O. Hensel und M. Talmey als Mitglieder dieser Gesellschaft aufgenommen sind. Ferner muss ich Ihnen die Miteilung machent, dass Dr. Dauber am 2. Januar in Leipzig gestorben ist. Herr Dr. Dauber ist während der kurzen Dauer seiner Angehörigkeit ein sehr tätiges Mitglied unseres Vereins gewesen und hat sein Interesse am Verein auch durch gediegene Vorträge betötigt. Er ist leider seinem Wirkungskreise zu früh entrissen worden. Ich ersuche Sie, sein Andenken dadurch zu ehren, dass Sie sich von ihren Sitzen erheben. (Die Versammlung erhebt sich.)

Am 15. ds., Donnerstag in 8 Tagen, abends 8 Uhr, finden in der Academy Empfangsfeierlichkeiten für den Generalarzt der japanischen Flotte, Baron Takaki, statt, und Sie sind freundlichst eingeladen, an diesem Empfang teilzunehmen.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
prot. Sekretär.

Montag, den 5. März 1906.

17 West 43. Strasse.

Präsident Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Sitzung um halb 9 Uhr, und die Versammlung tritt sofort in die Tagesordnung ein.

1. **Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten etc.**

Dr. Torek stellt einen Fall von **Magenresektion bei Karzinom** vor.

Die Behauptung, dass es nutzlos sei, beim Magenkarzinom eine Radikaloperation vorzunehmen, wenn der Tumor schon so gross ist, dass man ihn deutlich fühlen kann, ist so oft aufgestellt worden, dass sie von manchen als un-

umständliche Tatsache betrachtet wird. Erst kürzlich, in der letzten Jahresversammlung der New York State Medical Association, wurde von mehreren Seiten diese Ansicht wieder hervorgehoben und nicht widerlegt. Deshalb will ich Ihnen heute einen Fall von Magenresketion wegen Karzinoms vorstellen, der vor 14 Monaten operiert wurde und bei welchem, wenn man sich nach der oben angegebenen Ansicht gerichtet hätte, die Radikaloperation gewiss nicht ausgeführt worden wäre, da man den grossen Tumor nicht nur fühlen, sondern sogar deutlich sehen konnte, wie er die Bauchdecken der abgemagerten Patientin hervorhob und sich mit der Atmung auf und ab bewegte. Die Patientin erfreut sich jetzt der besten Gesundheit und hat seit der Operation 45 Pfund an Gewicht zugenommen. Während ich zugebe, dass die meisten grossen Magentumoren sich zur Resektion nicht eignen, so will ich doch betonen, dass es falsch ist und irre führt, wenn man die aus einer mässigen Anzahl von Beobachtungen gewonnene Erfahrung als apodiktische Wahrheit aufstellen will. Die Frage der Resektion beim Magenkarzinom lässt sich besser so formulieren, dass zwar bei den meisten grösseren Tumoren eine erfolgreichere Resektion unmöglich ist, die Prozedur jedoch in jedem Falle speziell entschieden werden muss. Man muss erörtern, ob es möglich ist, genügend weit jenseits der Grenzen der Erkrankung zu resezieren; man muss prüfen, ob die eventuell vorhandene Affektion der Lymphdrüsen auf die unbedingte Umgebung der Geschwulst beschränkt oder mehr verbreitet ist; man muss eine etwaige Erkrankung des Pankreas oder anderer Nachbarorgane in Betracht ziehen; auch die Natur der Verwachsungen muss erwogen werden. Die Operabilität der Geschwulst ohne weitere Unterscheidung lediglich von der Grösse derselben abhängig zu machen, ist schablonenhaft und unwissenschaftlich.

Die Patientin, Frau H. W., 48 Jahre alt, wurde mir von Herrn Dr. A. Caillé im Dezember 1904 überwiesen. Sie hatte schon vor einem Jahre dumpfe, intermittierende Schmerzen im Epigastrium empfunden, die sich aber durch Nahrungsaufnahme gewöhnlich nicht verschlimmerten. Seit jener Zeit ist sie immer schwächer geworden und hat 54 Pfund an Gewicht verloren. Während der letzten zwei Monate hat sie fast immer nach der Aufnahme von Nahrung, sogar flüssiger Nahrung, erbrochen.

Stat. präs. bei Aufnahme im Deutschen Hospital am 26. Dezember 1904: Stark abgemagerte, äusserst anämische Person; Zunge belegt; Allgemeinzustand sehr schlecht. Abdomen kahnförmig eingezogen. Etwas rechts vom Nabel sieht und fühlt man eine Geschwulst, deren Durchmesser 2 Zoll oder mehr beträgt. Sie ist glatt, hart, und druckempfindlich. Sie bewegt sich mit der Atmung auf und ab und lässt sich auch seitlich verschieben. Die Magentympanie erstreckt sich über die linke Mammillarlinie hinaus.

Am 2. Januar 1905 wurde zur Operation geschritten. Epi-mesogastrischer Schnitt von 18 bis 20 cm Länge mit Exzision des Nabels. Das Omentum war an der Pars pylorica adhaerent. Nach Lösung des Netzes, welche leicht von statten ging, sah man die Geschwulst an der Pars pylorica, welche jetzt ungefähr 1½ Zoll zu messen schien und den Pylorus vollständig umschloss. Im Omentum minus waren 5 oder 6 kleine Drüsen und auch eine ganz kleine im Omentum gastrocolicum, alle in unbedingter Nähe der Geschwulst, so dass sie im Zusammenhang mit derselben entfernt werden konnten. Das Duodenum liess sich bewegen, und der Magen war so stark ausgedehnt, dass es möglich schien, nach der Resektion Magen und Duodenum ohne Spannung zusammen bringen zu können, in anderen Worten, dass sich Billroth's erste Methode würde ausführen lassen. Diese wurde daher auch gewählt. Nach Anlegung einer Kette von Ligaturen wurden Omentum minus und gastro-colicum so weit wie nötig getrennt und der Tumor nebst angrenzenden Teilen von Magen und Duodenum freigemacht. Kompressorien wurden nun angelegt, eins an das Duodenum 1½ Zoll unter-

halb der Geschwulst und eins an den Magen 3 bis 3½ Zoll oberhalb derselben. Nun wurde der Magen 2 Zoll oberhalb der Geschwulst, das Duodenum 1 Zoll unterhalb derselben durchtrennt. Der Magenschnitt wurde durch zwei Reihen Seidennähte verschlossen, ausgenommen am untersten Teil, welcher mit dem Duodenum durch einen Murphy-Knopf verbunden wurde.

Die Temperatur erreichte am fünften Tage nach der Operation ihren Höhepunkt, viz.: 103,4 Grad, und fiel dann bald wieder ab auf die normale Höhe. Die Patientin bekam neun Tage lang flüssige Kost; dann weiche Kost, bis vier Wochen um waren; daraufhin feste Nahrung. Am 5. Februar ging der Knopf ab und die Patientin wurde entlassen. Der Bericht des Pathologen lautete Carcinoma gelatinosum.

Dr. Torek stellt ferner einen Fall von **Kombinierter Operation zur Entfernung des Appendix und zur Heilung rechtsseitiger Inguinalhernie** vor. (Erscheint in dieser Nummer als Originalarbeit.)

Dr. Torek stellt einen Fall von **Rhinoplastik** vor. Die ganze Nasenspitze (5-8 bis 3-4 Zoll) musste wegen Epitheliom entfernt werden. Es wurde ein Hautlappen rechts und links gestielt und visierartig heruntergeklappt. Die Abrundung der Nasenspitze wurde so recht schön hergestellt. Thiersch'sche Transplantation an der Stelle, wo der Lappen hergenommen wurde.

Diskussion. Dr. Carl Pfister: Ich möchte nur ein Wort zu der Operation des Bruchs und der Appendizitis sagen. Ich selbst habe die Operation häufig ausgeführt in ähnlicher Weise wie Dr. Torek und habe dann einfach den inneren Ring nach oben etwas erweitert und konnte auf diese Weise den Appendix meist vorziehen.

Einen Fall möchte ich noch erwähnen, den ich gezwungen war, zu operieren. Es handelte sich um rein traumatische Appendizitis, die dadurch entstanden war, dass der Patient mit dem Bruchband sehr liederlich umging. Er hatte sich das Band auf den Bruch gelegt, der vorher nicht reponiert war, und dadurch den Appendix entzündet.

Dr. B. S. Talmey: **Bougie vier Tage in der Bauchhöhle, ohne Peritonitis zu verursachen.**

Die Patientin, von der ich sprechen will, ist 27 Jahre alt, seit 3 Jahren verheiratet und hat ein 17 Monate altes Kind. Ihre Menstruation war immer unregelmässig. Sie begann erst mit 19 Jahren zu menstruieren und menstruierte alle 2—3 Monate. Ihre letzte Menstruation hatte sie am 8. Dezember 1905. Um die vermeintliche Schwangerschaft zu unterbrechen, führte sie am 21. Februar 1906 ein Bougie in den Uterus ein und konnte es nicht wieder entfernen. Der Arzt, welcher sie untersuchte, glaubte, das Bougie fühlen zu können.

Am 24. Februar, also 3 Tage später, kam sie nach dem Hospital, um untersucht zu werden. Sie klagte über grosse Schmerzen im Unterleibe. Die Temperatur war 100 Grad, Puls 110. Der Leib war so empfindlich, dass Pat. ohne Chloroform nicht untersucht werden konnte. In der Narkose fand ich den Uterus von normaler Grösse und etwas anteflektiert. Beide Ovarien waren etwas vergrössert. Der Uterinausfluss ist schleimig-blutig. An der hinteren Wand des Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes fühlte ich eine Masse ungefähr von der Grösse eines Gänseeies, welche sich nach oben gegen den Nabel fortsetzte. Das Bougie konnte ich nicht fühlen. Da die Patientin doch nicht ganz sicher war, ob sie nicht das Bougie verloren hätte, liess ich die Diagnose als zweifelhaft zwischen eine Abdominalschwangerschaft und einer Entzündungsmasse, das Bougie umgebend, bestehen.

Ich konnte die Frau ohne ihres Mannes Erlaubnis nicht sofort operieren. Während der darauffolgenden Nacht wurde der Puls so schlecht, dass der Hausarzt subkutane Injektionen von Strychnin machen musste.

Am nächsten Tage wurde Patientin operiert. Ich hatte die Absicht, eine Kürretage zu machen und dann durch den Douglas die Masse zu erreichen. Als ich aber den Uteruskatheter auf

die rechte Seite brachte, ging derselbe mindestens 6 Zoll tief hinein. Die Diagnose, Perforation des Uterus war nun sicher gestellt, und ich war gezwungen, eine Laporatomie zu machen.

Bei der Operation stellte sich heraus, dass die Masse hinter der Gebärmutter aus zusammengeballtem Omentum bestand, welches das offene Ende eines neun Zoll langen Bougies umgab, das andere Ende lag zwischen den Darmschlingen versteckt. Die Gebärmutter war am Fundus nahe der rechten Tubenmündung perforiert. Das Bougie wurde entfernt und die Perforation mit Claudius-Catgut geschlossen. Die Patientin ist auf dem Wege der Besserung und hier sehen Sie das Bougie in meiner Hand.

Dr. G. Mannheimer: Fall von **Karzinom der Brust bei einem Manne.**

Sie sehen hier einen 62jährigen, wohlgenährten Mann mit einem ausgedehnten Skirrhus der linken Mamma. Das Karzinom besteht schon seit 5 Jahren. Patient verweigerte die Operation und wurde deswegen mit Röntgenstrahlen behandelt, die zwar die Schmerzen beseitigten, aber das langsame Wachstum des Tumors nicht aufhalten konnten. Die axillaren Lymphknoten sind vergrössert und schmerzhaft. Vor 3 Jahren bestand ein Pleuraexsudat (durch Probepunktion nachgewiesen), das spontan verschwand. Jetzt findet man über dem linken Unterlappen leichte Dämpfung, abgeschwächtes Atmen und reichliches mittelblasiges Rasseln, wahrscheinlich hervorgerufen durch metastatische Invasion der Lungen.

Der Fall soll zeigen, dass bei derartigen Neubildungen die Röntgenstrahlen niemals mit der Radikaloperation konkurrieren können.

Dr. H. Fischer: Ich möchte Ihnen zwei Patientinnen (Mutter und Tochter) heute abend demonstrieren, die beide von mir im vorigen Sommer operiert wurden; die Mutter wegen einer sich nicht schliessen wollenden Gallenblasenfistel, die Tochter wegen Choledochussteinen.

1. Fall von **Choledochus-Stein.** Mrs. E. S., 40 Jahre alt, war immer gesund bis vor zwei Jahren. Zu der Zeit bekam Patientin plötzlich gegen abend heftige Schmerzen im rechten Hyperchondrium, die bis in die Magengegend ausstrahlten und sich bis zur Unerträglichkeit steigerten. Der Anfall dauerte ungefähr 2 Stunden und war von Aufstossen und schliesslichem Erbrechen begleitet. Ikterus bestand damals nicht. Darauf fühlte sich Patientin ganz wohl, mit Ausnahme gelegentlicher stechender Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend. Im April vorigen Jahres hatte sie wiederum eine heftige Schmerzattacke, die fast 24 Stunden dauerte. Patientin wurde ikterisch, Galle trat im Urin auf und der Stuhl wurde acholisch. Dieser Ikterus blieb 4 Wochen bestehen. Ende Juli eine neue Attacke, der letzteren ähnlich, nur trat jetzt heftiges und anhaltendes Erbrechen auf. Patientin hat ziemlich an Gewicht verloren und hatte noch einmal kurz vor ihrer Aufnahme im Deutschen Hospital 2 heftige Anfälle. Bei der Untersuchung konnte man in der Gegend der Gallenblase eine faustgrosse, auf Palpation sehr empfindliche Geschwulst tasten. Bei der Operation fand sich eine stark verdickte Gallenblase, die stark mit Netz und Kolon verwachsen war. Ektomie. Sie enthielt trübe, schleimige Galle und 33 fazettierte Steine. Steine im Choledochus fühlbar, daher Choledochotomie. Es wurden 9 Steine entfernt. Ziemlich grosser Schlussstein im retroduodenalen Teil des Choledochus. Es gelingt nicht, denselben zu entwickeln, daher Ablösung des Duodenums und Verlängerung der Choledochus-Inzision bis auf den Stein. Entfernung. Keine Konkremente in dem Duct. hepaticus. Hepaticus - Drainage. Choledochusnaht. Tampon auf Gallenblasenbett und auf Choledochusnaht. Heilung in 8 Wochen.

2. Fall von **chronischer interstitieller Pankreatitis, geheilt durch Hepaticus-Drainage.** Mrs. E., 63 Jahre alt. Seit sechs Jahren klagt Patientin über unbestimmte Schmerzen in der rechten oberen Bauchgegend. Diese Schmerzen wurden zeitweise sehr akut. Mit diesen Exazerbationen hatte sie Frösteln, Erbrechen

und wurde ikterisch. Sie wurde in einem hiesigen Hospitale wegen Gallensteinen operiert. Nach der Operation (Cystostomie) trat keine Erleichterung der Schmerzen auf, der Ikterus blieb bestehen mit unerträglichem Hautjucken. Die Stühle waren acholisch. Die Fistel bestand nach 3 Monaten noch, Galle absondernd. Kurz vor Aufnahme der Pat. einige heftige Koliken mit Frost und Erbrechen. Da ich nach dem klinischen Bilde Choledochussteine vermutete, schritt ich zur Operation. Ektomie der geschrumpften Gallenblase infolge alter Adhäsion sehr schwierig, ebenso das Freilegen der Gallengänge. Kein Stein im Choledochus, jedoch fühlt man einen kinderfaustgrossen, derben, leicht granulierten Tumor des Pankreakopfes. Da die Frau sonst in gutem Zustande war, nahm ich an, dass es sich hier vielleicht um chron. interstitielle Pancreatitis handele infolge von Cholelithiasis und nicht um Karzinom. Daher etablierte ich die Hepatikus-Drainage. Meine Ansicht hat sich als die richtige erwiesen. Patientin ist vollständig genesen und arbeitsfähig.

Ich möchte an dieser Stelle noch betonen, dass die Cholecystostomie in diesem Falle zur Heilung nicht genügt hat. Erst die Drainage des Hepaticus mit vollständiger Ableitung der Galle brachte Heilung. Für derartige Fälle halte ich die Hepaticus-Drainage für die Operation der Wahl, entgegen der Cholecystostomie und Cholecystenterostomie, welche letztere ja auch noch andere Nachteile hat.

Präsident Dr. J. A. Schmitt schlägt vor, dass diese Fälle mit dem Vortrage Dr. Beck's gemeinsam diskutiert werden.

Vorträge.

a. Dr. M. T. Knapp: **Kann chronische Dyspepsie geheilt werden.** (Vortrag erschien in der Märznummer ds. Monatsschr. als Originalarbeit.)

Diskussion. Dr. B. S. Talmey: Der Vortragende hat uns nicht gesagt, was er eigentlich gibt, um die Krankheit zu heilen. Ich möchte gern hören, was der Mann bekommen hat, der in drei Tagen gesund geworden ist.

Dr. M. J. Knapp (Schlusswort): Ich möchte zunächst auf die Insuffizienz des Pylorus zurückkommen. Einhorn hat dies als Achylia gastrica beschrieben. So habe ich es auch gelernt. Nachdem ich aber später viele Fälle gesehen, versuchte ich zu ermitteln, wie der Magen aussieht, wenn er nach weniger als einer Stunde nach der Einnahme des Probefrühstücks ausgehebert wird; ich wollte wissen, ob wirklich gar keine Magenabsonderung zu irgend einer Zeit stattfindet, und deswegen aspirierte ich den Magen eine halbe Stunde nach Einnahme des Probefrühstücks. Das Resultat war, dass wo ich das Bild absoluter Achylie gesehen habe, wenn ich eine ganze Stunde nach Einnahme des Probefrühstücks wartete, ich in demselben Falle gute Verdauung antraf, wenn ich nur eine halbe Stunde nach Einnahme des Probefrühstücks aspirierte. Nach solcher Beobachtung änderte ich meine Diagnosen und schrieb statt Achylie Gastritis chronica mit Hypertonie. Aber auch diese Aenderung wollte mir nicht gefallen, bis ich schliesslich zum Entschluss kam, dass wir es nicht mit Hypertonie des Magens, sondern mit einem Offensein des Pylorus zu tun haben, und ich erklärte mir den Vorgang wie folgt: Die Pars pylorica ist die allertiefste und deswegen fallen, nach dem Gesetze der Schwere alle Speisen, somit auch die schädlichen zur tiefsten Stelle, zur Pars pylorica. Die schädlichen Substanzen verursachen eine spastische Kontraktion des Pylorus, Stenosis pylori ab irritatione. Im Laufe der Zeit erschlafft der Pylorus allmälig und wir haben dann das Erschlaffen des Pylorus, also Insuffizienz des Pylorus. Infolge dessen schliesst der Magen nicht mehr und die Speisen passieren den Pylorus ungehindert. Das Verschwinden des Chymus ist somit nicht einer Hypertonie des Magens, sondern dem Offenbleiben des Pylorus zuzuschreiben. Es ist ja bekannt, dass die meisten Magenkrankheiten am Pylorus gelegen sind. Auch behauptete ich in meiner ersten Arbeit über Insuffizienz, die im Philadelphia Medical Journal am 24. Mai 1902 veröffentlicht wurde, dass

zufolge dieser Stenosis pylori ab irritatione, die selbst eine Folgeerscheinung einer spastischen Kontraktion ist, also eine Hypertonie, der Mageninhalt, der nicht vorgeschoben werden kann, somit im Magen bleibt und die vermehrte Peristalsis oder vielmehr die verstärkte Peristalsis bei geschlossenem Pylorus ein sehr feines Zerkleinern des Chymus bewirkt. Da aber der Pylorus geschlossen bleibt, kann der Chymus nicht so rasch den Magen verlassen und deswegen wird auch eine grössere Quantität aspiriert. Somit folgt, dass, wenn wir eine grosse Menge eines sehr fein zerkleinerten Chymus aspirieren, wir nicht mit einer Atonie, sondern mit gerade dem Gegenteile, mit einer Hypertonie bei stenosiertem Pylorus zu tun haben. Aehnlich und fast gleichzeitig sprach sich B o a s aus in seiner Arbeit, die am 6. April 1902 in der Deut. Med. Woch. veröffentlicht worden. Auch Dr. D e c k e r kam zur Ueberzeugung, dass ein sehr fein zerkleinerter Chymus, den er „mussartig" nannte und ich mit dem Namen „floury layer" bezeichnete, auf eine Stenose des Pylorus hindeute (Münch. Med. Wochenschr. am 12. Juli 1904).

Wie ich die Insufficienz des Pylorus behandle? Alkalisch. Nur kommt es darauf an, wann die Alkalien gegeben werden sollen. Dr. V a n V., ebenfalls ein Magenspezialist, ist einer meiner geheilten Patienten, der ebenfalls an dieser Krankheit litt. In diesem Falle aspirierte ich den Mageninhalt eine halbe Stunde nach dem Probefrühstück und fand keine Spur von Chymus. Ich riet an, die Alkalien gleich nach dem Essen zu nehmen. Zwölf Tage nachher konnte mir Kollege V a n V. für seine Besserung danken.

Die Behandlung der Insuffizienz ist alkalisch, doch muss man genau feststellen, wann der Magen leer wird, um dann, und nicht früher, die Alkalien zu verordnen.

b. Dr. C. B e c k: **Zusammensetzung und Ursprung der Gallensteine nebst den sich aus denselben ergebenden Indikationen.**

Diskussion. Dr. C. E l s b e r g: Es tut mir leid, dass ich den ersten Teil des Vortrags nicht gehört habe. Ueber die Aetiologie der Gallenstein lässt sich nicht viel mehr sagen, als Dr. B e c k gesagt hat, nämlich, dass Bakterien und Stauungen und noch etwas anderes damit zu tun haben. Vor kurzer Zeit las ich einen Aufsatz von einem Engländer namens B o n d. Dieser machte nämlich viele Experimente an Menschen und Tieren, bei denen er Darmfisteln angelegt hatte — bei Menschen, die Darmstenose hatten — und brachte in das Rektum solcher Patienten oder Tiere fein gepulvertes Karmin und fand nach kurzer Zeit, 12—36 Stunden, dass das Karmin durch die Dünndarm- oder Dickdarmfistel herauskam, dass also in einer zur normalen entgegengesetzten Richtung kleine Partikelchen von allerhand Stoffen wie dieses Karmin befördert wurden. Er dachte auch daran, dass durch denselben Prozess die Infektion der Parotis vom Mund aus stattfindet, die Infektion der Pankreas durch den Ductus pancreaticus, und mit ziemlicher Sicherheit lässt sich eine Infektion durch Einführung kleiner Stücke Faeces aus dem Darm durch den Ductus choledochus und cysticus in die Gallenblase annehmen. Ich glaube, dass wir uns denken müssen, dass durch dieses Fliessen in entgegengesetzter Richtung Stoffe in die Gallenblase befördert werden und dort zur Bildung von Gallensteinen führen können.

Ueber die Röntgenbilder von Gallensteinen lässt sich wenig sagen. Wenige von uns sind Experten, wie Dr. B e c k. Aber ob die Röntgenphotographie eine grosse Wichtigkeit in der Stellung der Diagnose hat, ist doch fraglich. Erstlich findet man Gallensteine, wie Dr. B e c k selbst sagt, relativ selten. Die Schwierigkeiten sind sehr gross, und wenn man die Steine auch findet, ist man noch nicht sicher, dass es die Gallensteine sind, die dem Patienten Symptome geben, es kann gerade so gut etwas am Magen sein — wir operieren nicht wegen der Steine in der Gallenblase, denn, wie Dr. B e c k gesagt hat, 10% aller Menschen haben Steine in der Gallenblase.

Als Dr. B e c k von der Therapie der Cholelithiasis sprach, meinte er, dass

nur in schlimmen, seltenen Fällen die Gallenblase exstirpiert würde. Ich glaube, viele der grössten Operateure der Welt exstirpieren jetzt prinzipiell die Gallenblase, wenn Steine darin sind, das heisst, wenn die Gallenblase infiziert und entzündet ist. Darum soll man als regelmässigen Operationsakt die Blase exstirpieren, wenn nicht besondere Gegenindikationen vorhanden sind.

Dr. C. Pfister: Die Behandlung der Cholecystitis gehört wie kaum ein anderes Gebiet zu den Grenzgebieten zwischen innerer und äusserer Medizin. Die wunderschönen Fälle, die Dr. Fischer vorgetragen hat, erinnern mich an zwei Fälle, die ich selbst operiert habe, zwei innerhalb 14 Tage, bei denen ich gezwungen war infolge vollständiger Verstopfung des Ductus choledochus das Duodenum zu eröffnen und von der Papilla Vateri an zu sondieren, um die Obstruktion zu entfernen. Ich selbst habe die Gallenblase nie entfernt, sondern immer drainiert, und ich glaube, es ist auch bei den meisten Chirurgen heute üblich, dass die Blase drainiert und nicht vollständig entfernt wird.

Ich möchte noch bemerken, dass die ersten Arbeiten doch schon von Frerichs in den siebziger Jahren gemacht worden sind. In den Charité Annalen wies er darauf hin, dass er in 12% aller sezierter Leichen Steine gefunden, die bei Lebzeiten kaum irgend welche Symptome gemacht hatten.

Dr. M. Rottenberg: Seitdem die Röntgenstrahlen die Aufmerksamkeit der ärztlichen Welt auf sich gezogen und seitdem es bekannt ist, dass in der ärztlichen Praxis seit deren erfolgreicher Anwendung eine grosse Zukunft zu erwarten ist, haben sich viele bestrebt, in denselben ein viel besseres und vollkommeneres Hilfsmittel zu genauerer Diagnose der Krankheiten zu gewinnen. Dem emsigen Zusammenstreben der Aerzte und Elektriker ist es gelungen, in der Technik der X-Strahlen viel zu vervollkommnen und zu verbessern, so dass heute die Röntgenstrahlen eine wichtige Rolle in der Diagnostik spielen, und wenn so fleissige und fähige Männer wie Dr. Beck, der sich sogar die Mühe nahm, den Erfinder der Röntgenstrahlen in seiner eigenen Heimat aufzusuchen, die Sache genauer studieren und zu vervollkommnen suchen, so dürfen wir hoffen, dass in der allernächsten Zeit die Röntgenstrahlen eine solche Höhe erreichen werden, dass jeder praktische Arzt gezwungen sein wird, nebst seinem Stethoskop und Mikroskop und dem chemischen Laboratorium auch die Röntgenmaschine anzuschaffen.

Dass der Chirurgie der Vorrang gebührt, welche diese Hilfe der Wissenschaft sich zu Nutzen gemacht hat, ist zweifellos. In der Chirurgie musste nicht viel experimentiert werden, um jeden von deren Nutzen zu überzeugen. Ermuntert durch die vorzüglichen Erfolge der Chirurgie versuchten auch die Internisten mit grösstem Eifer die geheimnisvollen Strahlen in den Dienst der Diagnose und zur Aufklärung der organischen und chemischen Geheimnisse zu zwingen, die nur nach schwerer Arbeit, nach langem Beobachten, Folgerungen und scharfem Denken zu lösen waren oder auch trotz allen Strebens unauflösbar geblieben sind. Viele dachten schon, dass endlich die Zeit gekommen, wo wir die vom genialen Wiener Meister Skoda inaugurierte, mit vielem Scharfsinn weiter gepflegte, das Gemeinwohl aller Aerzte bildende Perkussion und Auskultation in die Rumpelkammer werfen können. Aber wir sind noch nicht so weit.

Unsere Kenntnis der pathologischen, anatomischen, chemischen und diagnostischen Verhältnisse bezüglich der Gallensteine hat sich, wie Sie gehört haben, ungemein vermehrt. Dass die entzündlichen Prozesse, die Infektion in der Gallenblase selbst zur Gallensteinbildung und Gallensteinkolik führt oder auch, wie der Vortragende richtig bemerkt, dass eine Prädisposition und Heredität mitwirkt, ist unzweifelhaft. Wir begnügen uns aber nicht mehr mit der einfachen Diagnose Gallensteinkrankheit, wir wollen auch wissen, wo der Stein oder die Steine liegen, wie gross dieselben sind, in welchem Grade die Gallenblase, die Gallengänge

und die Nachbarschaft entzündet ist, ob die Steine für die Galle eine partielle oder totale Obstruktion bilden, und endlich, ob wir uns mit einer internen Behandlung begnügen müssen oder ein operativer Eingriff notwendig ist; denn das alte medizinische Sprichwort: „Qui bene diagnoscit, bene curat" bewahrheitet sich vielleicht nirgends so stark, als gerade bei Gallensteinkolik. Wenn ich zu einem Kranken gerufen werde, der von einem plötzlichen Kolikanfall heimgesucht ist, denke ich zuerst an eine gewöhnliche Kolik, dann an Gallensteinkolik, Nierensteinkolik, Appendizitis, eingeklemmten Bruch, Retention des Urins, bei Frauen an Uterinkolik u. s. w. Die Differentialdiagnosis ist ja wissenschaftlich so beschrieben, dass wir in den meisten Fällen keine Schwierigkeit haben, die richtige Diagnose zu machen. So sind z. B. die Appendizitis-Symptome heute auf eine solche wissenschaftliche Basis gebracht, dass wir alle darüber staunen, dass sogar ein Student der Medizin die Symptomatologie der Appendizitis oder Indikationen für Frühoperation ganz genau angeben kann. Trotzdem, meine Herren, werden Sie mir zustimmen, dass wir in einigen Fällen mit den besten Mitteln nicht imstande sind, eine genaue Diagnose zu machen.

Ich will nun einige Fälle aus meiner eigenen Praxis erwähnen, deren ich mich gerade erinnere. Der erste Fall betrifft einen 50 Jahre alten Bankier, bei dem der behandelnde Arzt die Diagnose auf Appendizitis gemacht hatte. Als ich die Diagnose Gallensteinkolik machte, wurden mehrere sehr tüchtige Aerzte gerufen, von denen jeder eine andere Diagnose stellte, und als der Bankier einige Wochen danach operiert wurde, wurde ein ausgesprochenes Empyem der Gallenblase mit vielen Steinen gefunden.

Der 2. Fall betrifft den Vater eines Arztes, bei dem auch verschiedene Diagnosen gemacht wurden, nur nicht die richtige: bei der Operation zeigte sich Abszess des Pankreas.

Im 3. Fall wurde von dem Schwiegersohn, der Arzt war, die Diagnose auf Malaria gemacht. Nachdem der Herr mehrere Schüttelfröste hintereinander gehabt und ich gerufen war, wurde er noch in derselben Nacht operiert, und es wurde ein Empyem der Gallenblase gefunden.

Im 4. Fall hatten mehrere Aerzte die Diagnose auf Gallensteinkolik gestellt, und bei der Operation fand der Chirurg gar keine Gallenblase.

Der 5. Fall war so, dass sogar bei der Sektion in vivo die Diagnose nicht so leicht gestellt werden konnte. Eine Frau, die an Gallensteinkolik litt, wurde operiert, und man fand keine Gallensteine; erst nachdem darauf gedrungen ward, in allen Gängen nachzusuchen, fand man endlich einen ziemlich grossen Stein.

Dies alles beweist, dass wir immer ein Mittel brauchen, welches uns in der Diagnose mithilft, und dass wir, wie Dr. Beck in seinem Vortrag und den Bildern vollkommen gezeigt hat, in den Röntgenstrahlen ein solches Hilfsmittel zur physikalischen Diagnose gefunden haben und können mit Recht behaupten, dass die Röntgenuntersuchung eine gewichtige Stelle neben den übrigen physikalischen Methoden verdient, indem sie dieselben nicht nur anschaulich macht, sondern dass sie dieselben in vieler Beziehung ergänzt, und dass die Radioskopie ihre Stelle und ihren Rang neben den übrigen physikalischen Methoden voll ausfüllt und behauptet. Ich möchte daher alle Herren, die sich mit Röntgenstrahlen befassen, nur ermuntern und ihnen zurufen: „Nur vorwärts!"

Die Versammlung beschliesst nunmehr auf Antrag von Dr. A. Rose, die weitere Diskussion des Vortrags auf die nächste Sitzung zu verschieben.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Ich habe noch mitzuteilen, dass die Herren Drs. L. Oulmann, L. Spiegel, H. M. Groehl als Mitglieder in die Gesellschaft aufgenommen sind.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
prot. Sekretär.

Therapeutische und klinichse Notizen.

— *Zur Gichtbehandlung mit Citarin.* Merkel (Nürnberg) war in der Lage, eine grössere Anzahl von Gicht und Muskelrheumatismen in ärztliche Behandlung zu bekommen, da ausser seiner privatärztlichen Tätigkeit in seinem bahnärztlichen Bezirke ein grösserer Bahnbau ausgeführt wurde und dementsprechend sehr viele Arbeiter beschäftigt, bezw. auch krank waren. Die Behandlung der Gicht wurde von Merkel in der Weise vorgenommen, dass er am ersten Tage meist 4mal 2.0 Citarin gab, an den 3 folgenden Tagen ganz konstant 3mal 2.0 mit dem ausdrücklichen Bemerken, dass bei ganz abnormem Schmerzausbruch noch ausserdem eine Tablette gegeben werden dürfte. Der Erfolg bei den von Merkel behandelten 9 Fällen akuten Gichtanfalles war bei fast allen ein ausgesprochen guter. Unter meist leichtem Schwitzen wurde nach 4—5maligem Nehmen der Tabletten der Schmerzanfall als solcher koupiert und die betreffenden Leute waren in überraschend kurzer Zeit wieder auf den Beinen. Auffallend war dabei, dass trotzdem die Schwellung manchmal nicht einmal erheblich an dem Zehenballen zurückging, die betreffenden Kranken doch wieder marschieren konten.

Wie lange und wie viel Citarin gegeben werden muss, ist nach Merkels Ansicht jedesmal auszuprobieren; eine Norm lässt sich dabei nicht aufstellen. Er kann nicht verschweigen, dass es auch bei dieser Behandlung nicht an Misserfolgen gefehlt hat.

Ein länger andauernder Citaringebrauch ist zu widerraten, da sonst die Wirksamkeit des Mittels abzunehmen scheint. Bei anhaltenden gichtischen Beschwerden, namentlich in chronischen Fällen, wo rheumatische und neuralgische Symptome als Begleitserscheinung auftreten, empfiehlt Friedeberg das Citarin zeitweise durch Aspirin zu ersetzen, ersteres wirkt mehr diuretisch, letzteres diaphoretisch, eine Erfahrung, die Merkel vollauf bestätigen kann. Verordnet hat er Citarin immer in den Originaltabletten Bayer's à 2.0, 10 Tabletten in einer Glastube. Die Tabletten lösen sich in kaltem Wasser leicht, die Flüssigkeit schmeckt kaum etwas säuerlich. Warmes Wasser spaltet die chemische Verbindung, es ist dann etwas Formaldehydgeruch wahrnehmbar; die Lösung muss daher kalt gegeben werden, ebenso sind beim Geben Mineralsäuren und Alkalien zu vermeiden, da hierdurch gleichfalls eine beginnende Zersetzung des Citarins sich einstellt. Vertragen wird Citarin fast immer gut, auch in ganz grossen Dosen, die, wie erwähnt, am Anfang einer Kur durchaus notwendig sind. Ob die Urinmenge wirklich unter Citaringaben zunimmt, wie auch Merkel mehrfach versichert wurde, müsste in Krankenanstalten beobachtet werden. In Privat- oder gar Kassenpraxis sind die Angaben trotz manchmaligem, irgend nur möglichem Beobachten doch zu ungenau. Die Herztätigkeit wird sicher nicht beeinflusst. (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 84. Bd.)

— *Behandlung pyogener Infektionen des Augapfels.* Bei Reizzuständen rühmt Dr. A. Ramsay (Edinburg) sehr Collyrien von 10-prozentiger Collargollösung. Auch liess er aus sterilisierter Gelatine und Glyzerin mit 10-prozentiger Collargollösung imprägnierte oblatenartige Scheibchen von ca. 1 cm Oberfläche herstellen und in den Bindehautsack bringen, wo sie 2—3 Stunden zu ihrer Lösung brauchen und während dieser Zeit bakterizid wirken. (Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. des Aug.)

— *Validol.* Dr. Faustino Barberá. Validol ist eine chemische Verbindung von Menthol mit Baldriansäure und enthält ausserdem 30 Prozent freies Menthol. Es bildet eine durchsichtige, klare Flüssigkeit von angenehmem, an Pfefferminze erinnernden Geruch und von erfrischendem Geschmack. Es besitzt die Konsistenz des Glyzerins und ist ziemlich flüchtig. Es vereinigt in sich die Eigenschaften seiner zwei Bestandteile, der Baldriansäure und des Menthols.

Die Fälle, in denen der Gebrauch von Validol angezeigt ist, lassen sich nach Barberá in folgender Weise zusammenfassen:

1. ist es ein gutes Excitans, um den Appetit zu heben und die Verdauung zu befördern, namentlich bei den Zuständen von Atonie und Schwäche des Magens.

2. In Gestalt von Validol. camphoratum ist es von grossem Nutzen bei Hysterie, bei Reflex-Neurosen, bei den verschiedenen Arten der Migräne und örtlich angewendet bei schmerzhafter Zahncaries. In letzteren Fällen bringt man etwas mit dem Mittel getränkte Baumwolle in den hohlen Zahn.

3. Lokal appliziert wirkt es sehr günstig bei Prurigo und Ekzemen der Haut. Man wendet zu diesem Zweck eine 10prozentige Salbe an.

4. Nach den Beobachtungen Schwerssenski's soll es bei akuter Alkoholvergif-

tung sehr gute Dienste leisten.

5. Günstige Resultate liefert es ferner bei allen Schwächezuständen, welche die Rekonvaleszenz zu begleiten pflegen, wobei es darauf ankommt, den Tonus des Gefässsystems und die Widerstandskraft des Organismus zu heben.

6. Schliesslich glaubt B., dass es sehr zweckmässig ist, den Gebrauch dieses Analeptikums allen denjenigen Personen anzuraten, die infolge sitzender Lebensweise oder wegen ihres Alters eine Anregung ihrer Magen- und Darm-Funktionen bedürfen.

Das Präparat kommt als reines flüssiges Validol in Flacons von 10, 25, 50 und 100 g in den Handel, ferner in Form von Brausesalz, von dem je 10 g 5 Tropfen Validol entsprechen, sowie in Kartons, welche 5 g Validol nebst den zur Einnahme nötigen Zuckerstücken enthalten. Auch gibt es Schokolade-Pralinés mit je 5 Tropfen Validol, welche in Kartons von 10 Stück abgegeben werden und schliesslich Perlen mit einer Dosis von genau 0.2 g reinen Validols. (Revista Valenciana de Ciencias Med. Nr. 7, 1904.)

Kleine Mitteilungen.

— Der „New Yorker Staats-Zeitung" entnehmen wir den folgenden Artikel: *Im Zeichen der Prohibition.* Die nativistische *Temperenzbewegung* treibt wiederum einmal im ganzen Lande hohe Wogen. Schlimm hat darunter der Staat Ohio zu leiden, wo jetzt die Mucker in der Gesetzgebung obenauf sind. Was hier in New York das Wainwright-Tully Local Option Gesetz sich zum Ziele gesetzt hat, das wird den guten Bürgern von Ohio schon binnen Kurzem bescheert werden. Denn in Ohio ist ein Gesetz in Kraft getreten, das diesem Wainwright-Tully Machwerk offenbar als Muster gedient hat. In Ohio ist es unter dem Namen „Jones-Brannock-Local Option-Gesetz" aus der Legislatur ausgekrochen. Die Anti-Saloon Liga hat, schreibt der Clevelander „Wächter und Anzeiger", bereits einen Plan in Bearbeitung, wonach mit der „Trockenlegung" gewisser Distrikte im ganzen Staate sofort begonnen werden soll. Ein solcher Distrikt darf nicht weniger als 300 und nicht mehr als 5000 Wähler registriert oder zur Registrierung berechtigt sein und mindestens 4 Monate in dem Distrikte gewohnt haben, in dem die Petitionen in Umlauf gesetzt werden. Die Geschäftszentren einer Stadt und von vier Strassen umschlossene Blocks, deren Hälfte Geschäftszwecken gewidmet ist, sind von dem Gesetze ausgeschlossen. Die Petition muss nach drei Monaten von dem Tage an, an dem sie in Umlauf gesetzt wurde, abgeschlossen und dem Bürgermeister oder irgend einem Commonpleasrichter zur Bestätigung vorgelegt werden. Wird die Petition für genügend befunden, so sind die in Betracht kommenden Wirtschaften gezwungen, innerhalb dreissig Tagen zu schliessen. Eine Petition zur Wiedereröffnung der Wirtschaften kann nur dann in Umlauf gesetzt werden, wenn ein Distrikt zwei Jahre lang „trocken" gewesen ist. Das Inumlaufsetzen von Petitionen im Sinne des Gesetzes wird zweifelsohne zu heftigen Reibereien im ganzen Staate führen und es ist noch fraglich, in wie weit die Arbeit der Anti-Saloon-Liga von Erfolg begleitet sein wird. Sicher ist, schreibt das Clevelander Blatt, dass dieses neue und verrückte, das Wahlrecht über den Haufen werfende Gesetz auf seine Verfassungsmässigkeit in den Gerichten angefochten werden wird.

Ueber eine andere Ausgeburt der republikanischen Legislatur von Ohio schreibt das „Cincinnatier Volksblatt" wie folgt:

Das Blödsinnigste und Brutalste in Bezug auf die Temperenz-Gesetzgebung hat die verflossene Legislatur mit dem Paragraphen geleistet, welcher die Beziehungen der Aerzte zu ihren Patienten kontrolliert. Dieser Paragraph verbietet den Aerzten bei einer Strafe von $250, irgend ein berauschendes Getränk mündlich zu ordinieren. Wenn ein Arzt der Ansicht ist, dass es für einen Patienten rätlich wäre, nach jeder Mahlzeit ein Glas Bier oder Wein zu trinken, so darf er das dem Patienten nicht sagen, sondern muss ihm ein Rezept schreiben, das in einer Apotheke anzufertigen ist. Selbstverständlich würde der Apotheker diese Getränke zum Preise von Arznei berechnen, was es dem Kranken unmöglich machen würde, sich der vom Arzt angeordneten Kur zu unterziehen. Wenn das Gesetz befolgt wird, was kaum zu vermeiden

ist, da schwerlich ein Arzt sich der Gefahr aussetzen möchte, um $250 bis $1000 gestraft zu werden, zumal er nicht wissen kann, ob sein Patient nicht ein fanatischer Temperenzler ist, so müssen sich daraus die unerträglichsten Zustände ergeben. Es ist bekannt, dass der Whisky ganz speziell zu den häufig angewandten Arzneien gehört und in vielen Fällen, wie Typhus, Herzleiden und überall, wo es sich darum handelt, den Patienten bei Kräften zu erhalten, unentbehrlich ist. Wenn das Gesetz tatsächlich verlangt, dass der Whisky in allen solchen Fällen durch Rezept erlangt werden muss, so müssen Hunderte von Menschen jährlich sterben, weil sie das Geld nicht haben, um den Whisky aus den Apotheken zu beziehen. Um den Verdacht zu beseitigen, dass wir übertreiben, teilen wir den Wortlaut des Gesetzes mit:

„Es ist ungesetzlich, wenn ein Arzt berauschende Getränke verordnet, ausser durch schriftliches Rezept, oder wenn er weiss, dass die von ihm schriftlich ordinierte berauschende Flüssigkeit als Getränk verwendet werden soll. Jedes Rezept für berauschende Getränke soll den Namen und die Quantität des Getränks anführen, den Namen des Patienten, sowie das Datum und die Gebrauchsanweisung enthalten. Und es soll einem Arzt, der überführt wird, mündlich Anweisungen zum Gebrauch von berauschenden Getränken erteilt, oder Rezepte auf solche angefertigt zu haben, wenn er weiss, dass diese Flüssigkeit als Getränk benutzt werden soll, oder ein Rezept nicht in der gesetzlich vorgeschriebenen Form angefertigt zu haben, verboten sein, auf die Dauer von zwei Jahren nach solcher Ueberführung berauschende Getränke zu verschreiben. Jede Person, die dieses Gesetz übertritt, ist mit $250 bis $500 für das erste Vergehen und mit $500 bis $1000 für jedes weitere Vergehen zu bestrafen."

Damit wird bewiesen, dass es mit unseren Angaben seine Richtigkeit hat und wir können nur wiederholen: es ist eine Brutalität und Unverschämtheit sondergleichen, derartig in die medizinische Wissenschaft hineinpfuschen zu wollen. Aber es ist nicht ersichtlich, wie die Aerzte dieses Gesetz umgehen können, ausser sie nehmen von dem üblichen Brauche Abstand, sich der lateinischen Sprache in ihren Rezepten zu bedienen und schreiben in klarer englischer oder deutscher Sprache ihre Anordnung nieder, so dass der Patient und seine Pfleger daraus entnehmen können, was sie zu tun haben. Für Bier z. B. würde ein solches Rezept in deutscher Sprache lauten müssen:

Cincinnati, 4.10.06.

Rp. Lagerbier, 12 Pints.

M. D. S. Vor, zwischen und nach jeder Mahlzeit ein Pint.

Für Mr. Hans Durstig.

Dr. T. M. Perenz.

Es ist anzunehmen, dass der Patient klug genug sein wird, sich das Bier beim Sternenwirt und nicht beim Apotheker zu holen. Schliesslich ist die Geschichte doch eher traurig als lustig, wenn die Temperenzlerei sich zu solchem Wahnsinn versteigt. Alle, die für das Gesetz gestimmt haben, sollten jeden Tag drei Stunden unter eine kalte Dusche gestellt werden.

— *Erdbeben in San Francisco.* Merck & Company in New York haben 5000 Pfund *Creolin-Pearson* als Hilfsbeisteuer an Dr. L. Devine, „Field Agent of the National Red Cross Association" in San Francisco gesandt. Es lassen sich daraus 650,000 Pfund starker Desinfektionsflüssigkeit herstellen. Der Sendung hat die freigebige Firma Gebrauchsanweisungen in englischer, deutscher, französischer, spanischer und chinesischer Sprache beigefügt, in letzterer Sprache damit der Empfehlung des Präsidenten Roosevelt gemäss die Chinesen nicht hintangesetzt werden. Bei der Verteilung des Präparates wurde von Hr. Richard Johnston als Repräsentanten von Merck & Co. Beistand geleistet. Ferner hat die Firma $1000 an den von der „National Association of Retail Druggists" aufgebrachten Hilfsfond beigetragen, welcher den 200 oder mehr Apothekern, die durch Erdbeben und Feuer in San Francisco und Umgegend ihr Eigentum verloren haben, zu Gute kommen soll.

Für den Unternehmungsgeist der San Franciscoer Drogenhäuser spricht die Tatsache, dass dieselben noch vor dem Erlöschen der Feuersbrunst grosse Bestellungen für Arzneimittel und chemische Präparate machten. So bestellte ein einziges Haus von der Denver Chemical Mfg. Co. 30,000 Pfund Antiphlogistine, von welchem Artikel im ganzen über 100,0000 Pfund innerhalb einer Woche nach der pazifischen Küste geschickt wurden. Die genannte Firma stattete übrigens die sämtlichen Hospitäler in liberaler Weise unentgeltlich mit einer reichlichen Menge von Antiphlogistine aus.

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, Mai, 1906. No. 5.

Cholelithiasis und deren Behandlung vom Standpunkt des praktischen Arztes.

Von Leonard Weber, M.D.

Wir sind der Zeit nahe, sagen manche Chirurgen, in welcher die Gallensteinkrankheit als chirurgische Krankheit betrachtet und der Hauptsache nach so behandelt werden wird wie Appendizitis. In der folgenden Abhandlung, welche sich auf langjährige klinische Beobachtung stützt, wünsche ich zu zeigen, dass wenigstens 60 Prozent der Fälle dieser Krankheit rein medizinische sind und wieder gut oder absolut latent werden; dass ungefähr 20 Prozent auf der Grenzlinie sich bewegen, manchesmal eine Operation brauchen und dann wieder ohne dieselbe gut werden, und dass ungefähr 20 Prozent übrig bleiben, in welchen Cholecystotomie oder -Ektomie etc., etc. gemacht werden müssen, um das Leben zu retten und die Gesundheit wieder herzustellen.

1. *Fälle, welche keiner Operation bedurften.*

Von dieser häufig vorkommenden und gewöhnlich leicht zu diagnostizierenden Form berichte ich von wenigstens 60 Fällen mit gewöhnlich geringen, nicht selten auch ziemlich schweren Anfällen von Schmerz, Gelbsucht und allgemeinen Symptomen, welche nach Ablauf eines oder einiger Anfälle durch systematisch befolgte Kuren in Karlsbad oder auch zu Hause vollständig gut wurden und auch blieben. Dr. Fink vom Allgemeinen Krankenhaus in Karlsbad kritisiert in der „Wiener med. Wochenschrift" No. 27, 1904, die etwas doktrinär gehaltenen Abhandlungen von Riedel und Kehr über Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheiten und sagt, dass er aus den Jahresberichten des Hospitals nachweisen könne, dass 73 Prozent in Karlsbad kuriert werden. „Im Laufe der Kur fühlt sich der Patient", sagt er, „alsbald ruhiger, besser; kleine Steine werden herausgewaschen und die Disposition zu neuer Steinbildung wird aufgehoben. Die Chirurgie hat da einzusetzen, wo die Karlsbader Spülung der Gallengänge nicht mehr genügt."

So hoch kann ich den Prozentsatz der mit Karlsbad kurierten nicht ansetzen, stimme jedoch mit Dr. Fink überein, dass die Karlsbader Kur in mindestens 50 Prozent der Fälle erfolgreich ist, bin ferner fest überzeugt, dass dieselbe Kur zu Hause ganz gut gemacht werden kann, was Fink zuzugeben nicht willens ist. Viele meiner Patienten haben die Karlsbader

Kur zu Hause mit sehr gutem Erfolg gemacht.

2. *Fälle von Obstruktion, welche eine Operation notwendig machten.*

(a.) Verheiratete Frau von 36 Jahren, X-para, erster Anfall zwei Jahre nach Typhus, heftig, rasch einsetzender Ikterus, etwas Erleichterung auf Morphin, Oelklystier und Abführmittel. Zweiter heftiger Anfall drei Wochen später mit ziemlich schweren allgemeinen Erscheinungen und beginnender Pulsschwäche.

Diagnose: Gallenstein in der Blase und im Choledochus. Cholecystotomie, keine Steine in der Gallenblase, dagegen ein ziemlich grosser, harter Stein im unteren Teil des Choledochus eingeklemmt. Kollaps - Symptome machten die Suspension der Operation notwendig, jedoch gelang es dem Chirurgen eine Woche später das Konkrement zu extrahieren. Patientin erholte sich verhältnismässig rasch und ist heute, 12 Jahre nach der Operation, wohl und gesund.

(b.) Verheiratete Frau von 52 Jahren, X-para, klein, blass, schwächlich, fand ich seit zwei Wochen im Bett: Kothstauung, welche durch grosse Eingiessungen zu heben war, gelegentlich Erbrechen, etwas Meteorismus, keine Gelbsucht. Man glaubte an das Vorhandensein eines bösartigen Tumors im Epigastrium. Eine ziemlich grosse, im unteren Umfang etwas bewegliche, nur mässig empfindliche Geschwulst, konnte ich in der Gallenblasengegend palpieren. Auch gelang es, durch genaue Erhebung der Anamnese festzustellen, dass die Frau, etwa sieben Jahre vorher, einen leichten Anfall von Leibschmerzen und Gelbsucht gehabt habe. Der allgemeine Zustand der Patientin war ein ziemlich kläglicher, so dass ich auf sofortiger Operation bestand, die zwei Tage später ausgeführt wurde. Die Cholecystotomie zeigte eine Gallenblase, gross und breit und gefüllt mit unzähligen kleinen Steinen. Die Gänge waren nicht verstopft; rasche Erholung und guter Gesundheitszustand jetzt, fünf Jahre nach der Operation.

(c.) Ein Kaufmann, 38 J., kleiner, kräftiger Mann, aktiv im Geschäft, durchaus mässig, jedoch häufig dispeptisch, auch zu Verstopfung geneigt. Zwischen 20 und 24 leichte Lues. Im 34. und 35. Jahre ungefähr ein halbes Dutzend Anfälle von Chololithiasis, welche auf Karlsbad, Oelklystiere und sorgfältige Diät gut reagierten. Im 36. Jahre heftiger Anfall mit Schüttelfrösten und Temperatur von 105°, viel Erbrechen, starkem Ikterus. Da die übliche Behandlung ohne Erfolg blieb, wurde Patient am Abend des 6. Tages für die Operation vorbereitet, jedoch wurde das Konkrement, welches sich wohl hart, aber nicht grösser als eine Haselnuss erwies, während der Nacht durch den Choledochus in den Darm befördert. Patient ist seitdem gesund geblieben.

(d) Verheiratete Frau von 38 Jahren, X-para, in ihrer Vorgeschichte nur einige leichte Anfälle von Malaria in der Jugend; quälte sich 11 Jahre lang mit gastrischen Beschwerden und Unbehagen, gelegentlichem, aber ganz leichtem Ikterus, zwischen hinein kurze Perioden relativen Wohlbefindens. Diagnose und Behandlung betraf immer nur den Magen. Schon bei der ersten Untersuchung in meinem Konsultationszimmer konnte ich eine etwas empfindliche, stark vergrösserte Gallenblase ohne Schwierigkeit palpieren. Zwei Wochen nachher stellte sich etwas Empfindlichkeit in der Leber und Fieber ein, so dass ich auf sofortiger Operation bestand. Nach Eröffnung der Gallenblase und Entfernung von 12 ziemlich grossen Steinen zeigte sich die Gallenblasenschleimhaut in einem Zustande von starker, zottiger Proliferation, so dass es geraten schien, dieselbe zu exstirpieren. Die Heilung war ohne unangenehme Zwischenfälle in zirka 5 Wo-

chen vollendet und Patientin erfreut sich heute, 2 Jahre nach der Operation, einer recht guten Gesundheit.

(e) Nun 3 Fälle von Gallensteinerkrankungen, betreffend 3 Schwestern, alle drei verheiratet, kinderlos, welche die nicht seltene Kombination von Appendizitis und Cholelithiasis illustrieren mögen. Zwischen 25 und 30 Jahren wurden die Appendizes dieser Patienten wegen chronischer Entzündung entfernt. Ein oder zwei Jahre später boten sie die Erscheinung der chronischen, nur wenig obstruktiven Cholelithiasis dar; zwei derselben sind erfolgreich operiert worden, die dritte hat sich noch nicht zur Operation entschliessen können. In keinem dieser 3 Fälle hat die übliche medizinische Behandlung Nutzen bringen können.

II. *Zwei interessante Fälle in Bezug auf Differentialdiagnose.*

1. Ein Franzose, 60 Jahre, Bäckergeselle, grosser, magerer, blasser Mensch mit einer klaren Geschichte von Malaria in vergangenen Jahren, kam zu mir im Oktober und klagte über Schmerzen in der Magengrube und der rechten Oberbauchgegend, Appetitverlust und Verstopfung. Er spürte die letzten Wochen hindurch leichtes Fieber, hatte Chinin genommen, da er dachte, seine Krankheit wäre Malaria-Rückfall. Es fand sich bei der ersten Untersuchung nur Empfindlichkeit der Gallenblasengegend, weder Tumor noch vergrösserte Milz noch Ikterus. Cholelithiasis in Gallenblase wahrscheinlich. Vier Wochen später häufig Fröste und Fiebertemperatur, zunehmender Ikterus, viel Schmerz, Abmagerung und kachektisches Aussehen. Im Dezember konnte ich die Gallenblase als einen harten, etwas höckrigen Tumor fühlen und machte die Diagnose „Krebs der Gallenblase". Rascher Kräfteverfall und Exitus Ende Januar. Die lokale Autopsie ergab einen Zylinderepithel-Krebs der Gallenblase, der in die Gallengänge hinaufgewuchert war. Ein harter, ziemlich rauher Solitärstein wurde in der Gallenblase gefunden.

2. Fabrikant, 52 Jahre, kräftig und von gesundem Aussehen, immer vollauf tätig und bei guter Gesundheit. Vater und Mutter starben so ungefähr um die Sechzig infolge von intraabdominalen bösartigen Gewächsen. Im Juni und Juli fing er an, mehr oder minder über Dyspepsie zu klagen, wurde leicht ikterisch und wegen gastro-intestinalem Ikterus behandelt, aber ohne Erfolg. Als ich ihn im September zusammen mit dem behandelnden Arzt sah, war Patient schon tief gelb, hatte aber durchaus keine Schmerzen oder Empfindlichkeit in Leber, Magen oder Gallenblase, noch liess sich in der oberen Bauchgegend etwas abnormes fühlen. Sein Appetit war nicht schlecht, Stuhlgang lehmfarbig, Urin tiefbraun gefärbt, ikterisches Hautjucken, ausserordentlich heftig und qualvoll für den Patienten. Zwei Wochen hindurch beobachtete und untersuchte ich den Patienten auf das sorgfältigste und steltle dann die Wahrscheinlichkeits - Diagnose einer malignen Geschwulst, welche den Ductus hepaticus komprimierte, resp. verschloss. Im Laufe der nächsten Wochen wurde diese Diagnose auch von anderen Kollegen akzeptiert; in Anbetracht der verzweifelten Lage des Patienten wurde beschlossen, zu laparotomieren und zu sehen, was zur Erleichterung des Armen getan werden könnte. Der Chirurg fand in der Substanz der Leber einen Skirrhus von der Grösse eines kleinen Hühnereies, der den Ductus hepaticus so umschloss und komprimierte, dass eine mit einem dünnen Gummiröhrchen umzogene Sonde nur mit Mühe durchgedrückt werden konnte. Der Patient erholte sich zwar von der Operation, aber alsbald manifestierte sich das fatale cholämische Kapillarbluten, dem der Patient 36 Stunden nach der Operation erlag. (Es mag hier gleichzeitig

konstatiert werden, dass die Wittwe des Patienten, eine ungewöhnlich kräftige und aktive Person, X-para, zirka 3 Jahre nach dem Tode ihres Mannes infolge von aussergewöhnlich rapid verlaufendem Brustkrebs zu Grunde ging. In ihrer Familie war bislang weder von Vater- noch von Muterseite her Krebskrankheit zu beobachten gewesen.)

III. *Fälle von Cholelithiasis ohne Ikterus.*

Gerade in solchen Fällen, mit Gallenblasen manchmal palpabel und empfindlich und dann wieder nicht, nicht selten kompliziert oder maskiert durch Krankheiten des Magens, des Zwölffingerdarms, der Bauchspeicheldrüse, Kot- und andere Tumoren etc., begegnen wir grossen Schwierigkeiten in der Diagnosis sowie in der Behandlung.

1. Hier gedenke ich zunächst einer der ersten Fälle in meiner Praxis, der viele Jahre zurückliegt und eine Dame betraf von 34 Jahren, Mutter von 2 Kindern, die zirka ein Jahr nach der letzten Entbindung mit den Symptomen von Appetitlosigkeit, Dyspepsie, Verstopfung und mit geringer Empfindlichkeit in der Magengrube erkrankte; einige Wochen darauf und ganz plötzlich heftiges und häufiges Erbrechen, grosse Empfindlichkeit des Magens in beträchtlicher Ausdehnung, etwas Fieber; eine Woche lang musste Patientin per Rektum ernährt werden. Keine Empfindlichkeit der Gallenblasengegend, keine Spur von Ikterus. Der konsultierende Arzt, ein Mann von grosser Erfahrung, hielt die Diagnose „akute Gastritis" aufrecht und glaubte Gallensteinkrankheit ausschliessen zu müssen; allmählich konnte die Kranke wieder etwas Nahrung bei sich behalten, blieb aber im schlechten allgemeinen Zustand und hatte viel an Gewicht verloren. Ungefähr 6 Wochen später wurde die Leber empfindlich, ihre Dämpfung vergrösserte sich und die Gallenblase wurde schmerzhaft gegen Druck. Gegen Frühjahr reiste sie zur Kur nach Karlsbad, wo viele kleine Steine abgingen und Patientin alsbald gesundete. Diese Kur wurde zu Hause und in Karlsbad etwa 6 mal wiederholt. Patientin ist dauernd geheilt geblieben.

2. Vor einigen Jahren wurde ich zu einer Dame gerufen, 34 Jahre alt, X-para, die seit mehreren Monaten mit Magen- und Darmbeschwerden zu tun hatte. Ich fand eine bedeutend erweiterte Gallenblase, etwas beweglich, nicht empfindlich und bis gegen das Niveau des Nabels reichend. Um Kotstauungen etc. zu eliminieren wurden grosse Eingiessungen täglich verordnet für eine Woche und nachher eine genügende Dosis Rizinusöl. Magen und Darm waren nun leer; Hydrops der Gallenblase mit oder ohne Steine schien mir die richtige Diagnose, der Ductus cysticus mochte vielleicht nur durch dicken Schleim verstopft sein, denn Patientin war positiv in der Angabe, dass die Geschwulst nicht länger als höchstens 6 Wochen zu fühlen gewesen sei, und Gallensteinkolik hatte sie niemals gehabt. Eine Indikation für sofortige Operation lag nicht vor, verordnete deshalb einfach eine Tasse heissen Wassers 3 mal täglich, strikte Diät u. s. w., und ersuchte Patientin, gelegentlich zu berichten. Vier Wochen später kam sie zu mir und sagte, „bitte, zu examinieren, ich denke, die Geschwulst ist weg", und so war es auch.

3. Vier Fälle von gut markierter, chronischer Cholelithiasis unter Beobachtung die letzten 5 Jahre hindurch.

Der erste betrifft einen Mann von 52 Jahren, der bis jetzt drei Anfälle von Unruhe und Schmerz in der Gallenblasengegend hatte, begleitet von vorübergehendem Schmerz und Empfindlichkeit der Leber und den gewöhnlichen gastro-intestinalen Erscheinungen. Die einzelnen Attacken dauern ungefähr 3 Wochen und sind dann von langen Perioden vollständigen Wohl-

befindens gefolgt. Des Patienten Gesundheit hat im allgemeinen durchaus nicht gelitten, Operation deshalb nicht indiziert. Der zweite betrifft eine gesunde, kräftige Frau von 50 Jahren, Xpara, auch ein leichter Fall, verbunden mit gelegentlichen Darmbeschwerden, die wahrscheinlich durch leichte Adhäsionen in der Appendixgegend hervorgebracht worden sind. Allgemeinbefinden recht gut; Operation bis jetzt nicht indiziert. Zwei Frauen, X-parae, zwischen 45 und 50 Jahren, chronische Cholelithiasis in der Gallenblase seit 6 Jahren, häufige, wenn auch nicht schwere, Anfälle, aber chronisches Unbehagen, Depression, Verlust an Gewicht, Kraft und Gesundheit. Operation empfohlen aber bis jetzt verweigert.

4. Fall von Ruptur der Gallenblase mit tötlichem Ausgang. Ein verheirateter Mann von 35 Jahren, Fabrikant, ziemlich blass und mager, aber kräftig und aktiv im Geschäft, hatte seinen ersten und zugleich schweren Anfall von Kolik 1903, den zweiten 1904, den dritten im November 1905, wobei die richtige Diagnose gemacht wurde und Patient auf Oel und Kalomel hin sich bedeutend gebessert haben soll. Im Januar und Februar 1905 war er verhältnismässig wohl, aber am 10. März, bald nach dem Mittagessen, plötzlicher Anfall von ausserordentlich heftig bohrendem Schmerz im Unterleib und alsbaldigem schweren Kollaps. Laparotomie etwa 10 Stunden später: nach Eröffnung der kleinen Gallenblase wurden 4 harte aber relativ kleine Steine entfernt, deren einer ein Loch in die Gallenblase gemacht hatte. Trotz allem, was für den Patienten getan wurde, erholte er sich nicht und starb etwa 30 Stunden nach der Operation.

5. Eine Patientin von 43 Jahren, Xpara, litt zuerst im Frühjahr 1899 an einigen heftigen Anfällen von Gallensteinkolik mit Fieber und Leberanschwellung aber ohne Ikterus. Im Sommer wurde das Allgemeinbefinden schlecht und sie unterzog sich der Operation. Eine grosse Anzahl kleiner Steine wurde entfernt, die Gallengänge wurden frei gefunden, die Fistel schloss sich erst nach 4 Monaten. Im Frühjahr 1900 Kur in Karlsbad, wo noch einige kleine Konkremente abgegangen sein sollen; seitdem bei guter Gesundheit.

6. Und endlich der Fall einer alten Dame, X-para, welche zur Zeit des ersten Auftretens von Gallensteinerkrankung im Jahre 1885 54 Jahre alt war. Von der Zeit an bis kurz vor ihrem Tote hatte sie etwa alle zwei Jahre einen leichten Gallensteinkolik-Anfall ohne Ikterus, bei dem sich in wenigen Tagen alles beruhigte. Seit dem Jahre 1890 unter meiner fortwährenden Aufsicht litt sie ab und zu an Magen- und Darmbeschwerden, welche von sehr bedeutender Magen- und Kolondilatation abhingen. Die Frage einer Operation lag kaum je vor, war auch schon durch das Vorhandensein eines alten Mitralfehlers ausgeschlossen, so lange nicht dringende Erscheinungen auftraten. Letzteres ereignete sich in der Tat im Jahre 1904, als im unmittelbaren Anschluss an eine schwere Influenza Paricystitis, Leberschwellung, Fieber etc. einen operativen Eingriff notwendig machten. Nach Freilegung präsentierte sich die Gallenblase als ein grosser rundlicher Tumor; nach Trennung einiger unbedeutender Adhäsionen und genauem Abtasten derselben meinte der Chirurg, „von weiterem Operieren müssen wir wohl Abstand nehmen, denn das ist ja ein grosses malignes Gewächs.“ Doch ich war meiner Sache sicher und bestand auf Aufschneiden der Wand der Gallenblase, wonach alsbald der 60 Gramm wiegende Solitärstein, der grösste, den ich bis jetzt beobachtet und den ich Ihnen hiermit zeige, herausgehebelt wurde. Die Blasenschleimhaut schien gesund. Es wurde in der üblichen Weise tamponiert und drainiert und 9 Tage lang

ging alles ganz vortrefflich; am 10ten heftiger Schüttelfrost mit rasch ansteigender Temperatur bis 105½, am 11ten Koma und Exitus. Autopsie wurde nicht gemacht.

IV. *Schlussfolgerungen, welche ich aus meinen klinischen Beobachtungen ziemlich aller Varietäten von Cholelithiasis ziehe.*

1. Für erfolgreiche medizinische Behandlung der gewöhnlichen Fälle hat sich mir nach Beseitigung des akuten Anfalls die Karlsbader Kur, drüben oder zu Hause gemacht, entschieden bewährt, daneben häufiger Gebrauch von Oel- und Seifenwassereingiessungen und Bettruhe während der Anfälle und für einige Tage nachher.

2. Bei Erwägung der sofortigen oder späteren Operation spielen natürlich der örtliche und allgemeine Zustand die Hauptrolle; in der grossen Majorität aber der akuten obstruktiven Fälle leichteren Grades sind die Symptome mässig und habe ich immer Zeit gehabt, der medizinisch-diätetischen Behandlung ganz und voll gerecht zu werden.

3. Wie lange dürfen wir warten ohne das Leben des Patienten einer Gefahr auszusetzen oder den voraussichtlich guten Erfolg einer Operation in Frage zu stellen? Ein Fall von akutem obstruktivem Ikterus mit Frösteln und hohem Fieber, mit und ohne bedeutende Empfindlichkeit der Gallenblasengegend, aber mit heftig persietierenden Schmerzen indiziert die Operation am Ende der ersten Woche, ja früher, wenn des Patienten Herz nicht kräftig ist. Ferner ist in einem Fall von Gallenblasenstein-Kolik ohne Ikterus der Schmerz so gross, dass der Patient wie toll sich umherwirft etc., etc., wie oben berichtet, so würde ich auf sofortiger Operation bestehen. Kommt ein subakuter oder chronischer Fall in meine Behandlung mit dem ganzen lokalen und allgemeinem Symptomenbild der Erkrankung, so würde ich doch zunächst 3 bis 4 Wochen lang behandeln, es sei denn, dass ich überzeugt wäre, dass alles nach der Richtung Nötige in systematischer Weise schon getan sei. Begegnet mir ein Fall wie einer der oben beschriebenen, wo ich schon bei der ersten Untersuchung eine stark vergrösserte Gallenblase voller Steine konstatieren kann, und höre ich, dass das Leiden schon eine Reihe von Jahren bestanden hat, so ist da weiter keine Zeit zu verlieren und zu sofortiger Operation zu raten. Ebenso in einem alten Fall, der, wie der zuletzt erwähnte, sich mehrere Jahre gut befindet und dann plötzlich akut infiziert wird.

Noch ein Wort über die Wahl der Operationen, Cholecystomie oder Ektomie. Es ist diese Frage zur Zeit der Operation von namhaften Chirurgen an mich gestellt worden, so habe ich auch ein Recht, einige Worte, die von Wert sein mögen, darüber zu sagen. Die Gallenblase ist kein nutzloser Appendix, sondern hat unter anderem auch die Funktion, Galle durch den Ductus choledochus zu pressen und ihn frei zu halten. Nach ihrer Entfernung können Konkremente in den Gallengängen sich wieder bilden und haben sich wieder gebildet; wäre sie noch vorhanden, so könnte sie mithelfen, solche Konkremente durch den Ductus in den Darm zu befördern. Allerdings kann man auch den Ductus choledochus oben und unten einschneiden und ihn ausfegen, wie K e h r es angegeben hat, doch wäre es mir schon lieber, wenn diese Arbeit in dem gegebenen Falle eines meiner Patienten von seiner kräftig arbeitenden Gallenblase als vom Fegebesen besorgt würde. Und dann, so lange eine Gallenblase und deren Inhalt gesund ist oder wieder normal wird, scheinen auch kleine Konkremente in derselben sich wieder auflösen zu können, wie das aus den Experimenten englischer Beobachter hervorgeht,

publiziert in den Märznummern der englischen Med. Chir. Review von 1905. Finden wir die Gallenblase in dem Zustand der Degeneration wie in einem meiner Fälle, oder so gross und schlaff, dass sie nicht wieder tauglich werden kann, so muss sie natürlich amputiert werden und zwar so nahe dem gemeinsamen Gallengange als irgend möglich. Ebenso muss sie wohl entfernt werden, wenn sie dem Chirurgen in Bezug auf erfolgreiche Ausführung der Choledochetomie im Wege ist.

Die Differentialdiagnose der Cholelithiasis sowie die Indikationen für und gegen Operation sind gar nicht selten schwierig zu entscheiden und werden die Fälle überhaupt weniger häufig in den Spitälern als in der täglichen Praxis gesehen. Hier ist es also, wo der junge Arzt seine Erfahrungen zu sammeln hat, und die dürften wohl nicht bedeutend sein, bevor er nicht mindestens 10 Jahre allgemeine Praxis betrieben hat. Fussend auf meine eigene Erfahrung, glaube ich, dass er weise handeln wird, in einem zweifelhaften oder heftigen akuten Fall zunächst mit einem erfahrenen Kollegen zu beraten, ehe er denselben einem Chirurgen übergibt. Nicht als ob der Chirurg, der sich seiner verantwortlichen Stellung bewusst ist, allzu eifrig an die Operation des Falles ginge, durchaus nicht; je grösser dessen Erfahrung, desto weniger wird er zur Vornahme der Operation bereit sein, wenn der Fall es nicht verlangt.

25 West 46. St.

Ueber sexuelle Aufklärung der Schuljugend.*

Von Doz. Dr. **K. Ullmann.**

Hochansehnliche Versammlung! Der Gegenstand des heutigen Vortrages über sexuelle Aufklärung der Schuljugend dürfte wohl für jedermann, insbesondere aber für Aerzte, Pädagogen und Lehrer ein grosses Interesse haben. Denn es handelt sich um eine derzeit hochaktuelle Frage der Volkserziehung und Volksgesundheit. Dass ich dazu kam, gerade in diesem so illustren Kreise meine Ansichten über dieses Thema zu entwickeln, habe ich dem Zufalle zu verdanken, dass ich einem Vortrage des Realschulprofessors S i g m u n d aus Teschen in einer Plenarsitzung des Vereines „Mittelschule" am 11. März 1905 als Zuhörer beigewohnt und an der Diskussion zu demselben teilgenommen hatte. Der freundlichen Aufforderung des Obmannes der „Mittelschule", Herrn Regierungsrates Direktor E y s e r t, diese so wichtige Angelegenheit noch einmal zwischen Aerzten und Pädagogen zur Diskussion zu stellen, gerne nachkommend, glaubte ich wenigstens nicht besser vorgehen zu können, als indem ich das Thema auf einen dem hehren Gute der Volksgesundheit geweihten Boden, d. i. in die Oesterreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege, verpflanzte, von der ja schon so vieles Wertvolle und Gemeinnützliche seinen Ausgang genommen hat. Es ist mir ein Bedürfnis, bei dieser Gelegenheit meinem tiefen Bedauern darüber

*) Vortrag, gehalten in der Vollversammlung der „Oesterreichischen Gesellschaft für Gesundheitspflege" am 22. November 1905. Monatschr. f. Gesundheitspflege, Vol. 1, 1906.

öffentlich Ausdruck zu geben, dass der derzeitige Präsident dieser Gesellschaft, Herr Sektionschef Kusy Ritter v. Dúbrav, leider durch schwere Erkrankung verhindert ist, dieser Versammlung beizuwohnen. Möge es ihm doch bald wieder vergönnt sein, an dieser Stelle zu präsidieren!

Ich selbst habe mich für das Thema der Jugenaufklärung in der sexuellen Frage von drei Gesichtspunkten aus zu interessieren Gelegenheit gehabt, zunächst in meiner ärztlichen Praxis, in welcher ich ja im Verlaufe meiner Spezialpraxis für Geschlechtskrankheiten nur zu häufig in der Lage war, gerade auch jene Schädigungen zu beobachten, welche die Vernachlässigung des Individuums in seiner Jugend in bezug auf diesen Punkt zu erleiden pflegt, weiterhin als Lehrer für das Fach der Gesundheitspflege und Hygiene an der hiesigen Exportakademie, endlich auch als Vater dreier im Schulpflichthalter stehenden KKinder, denen gegenüber ich demnächst in die Lage komme, und zum Teile schon gekommen bin, meine Ansichten in diesem Punkte praktisch zu betätigen.

Ich habe es für zweckmässig und für den Gang einer sich ausschliessenden Diskussion erfahrungsgemäss für am besten orientierend befunden, meine Ansichten in einigen Thesen zusammenzufassen, die ich dem geehrten Präsidium dieser Gesellschaft zur Verfügung gestellt habe. Wenn Sie, hochgeehrte Anwesende, wenigstens viele von Ihnen, nun in diesen Leitsätzen nicht viel Originelles, sondern am Ende vielfach Ihre eigenen Ansichten gefunden haben sollten, so würde dies für mich heute keineswegs eine Herabsetzung, ja eher eine Würdigung meiner Ausführungen bedeuten, ein erfreuliches Symptom dafür, dass Sie denselben im Wesen zustimmen. Und wenn ich — gleich von vorneherein sei das bemerkt — mich hierbei in mancher Beziehung an die früher zitierten Ausführungen Herrn Prof. Sigmund's und die sich an dieselben knüpfenden Bemerkungen anderer Pädagogen, z. B. diejenigen des Herrn Lycealdirektors Ortmann, angeschlossen habe, so dürfte es auch diesen beiden Herren nur willkommen sein zu erfahren, dass auch vom ärztlichen Standpunkte ihren Ansichten vielfach beizupflichten ist.

Um aber allen hier Versammelten, insbesondere auch den meistbeteiligten Eltern, Bedeutung und Zweck unseres Themas beiläufig zu skizzieren, gestatte ich mir, Inhalt und Zweck des Themas zunächst in einigen Fragen aufzurollen.

1. Durch welche allgemeinen und speziellen Momente ist es denn nötig oder doch geradezu mondain geworden, dass sich die sämtlichen gebildeten Kreise, insbesondere aber Pädagogen und Aerzte, im gegenwärtigen Augenblicke so intensiv für die Frage der sexuellen Aufklärung der Jugend interessieren?

2. In welcher Weise und durch welche Personen sollen sich die Aufklärungsbestrebungen in den verschiedenen Lebensaltern, Geschlechtern und Volksschichten äussern?

3. Lassen sich die pädagogischen Postulate mit den hygienischen in dieser Frage in Einklang bringen, speziell für Bewohner grosser Städte, z. B. von Wien? Und wie weit könnte dies der Fall sein?

Bevor ich in die Beantwortung dieser drei Fragen eingehe, möchte ich nur voranschicken, dass es sich uns heute nicht bloss um abstrakte Diskussionen rein theoretischer und unerreichbarer Vorschläge handeln soll, sondern möglichst schon um praktisch verwertbare Ausführungsformen für die nächste Zukunft.

Nicht alles, was uns vorgeschrittene Schriftsteller, Aerzte und idealistisch gesinnte Soziologen männlichen und weiblichen Geschlechtes, wie Forel, Oker Blom, Frau Schmidt-Jäger, Ellen Key, Emma Eckstein u. a., in dieser Frage plausibel machen, könnte uns vorderhand schon der Massstab für das von uns unmittelbar anzustrebende Ziel sein. Wir wollen bescheidener sein. Auch erweisen sich ja soziale Reformen als um so erreichbarer, mit je weniger einschneidenden Massnahmen sie ins Werk gesetzt werden können. Von diesem Gesichtspunkte der Vorsicht

aus, glaube ich, muss man von vorneherein an die praktische Lösung dieser Frage gehen, wenn sie den Stamm und die Blüte des ganzen Volkes, die ganze Schuljugend umfasst.

Es begegnet keinem Zweifel, dass sich heute auch in Oesterreich wie mit einem Male ein grosser Teil der Gesellschaft darüber einig ist, dass die jetzige Art der Jugenderziehung gründlicher Aenderungen bedarf. Dies liegt teils in dem gesteigerten Bedürfnis nach Volksaufklärung in hygienischen Dingen überhaupt, teils in dem Beispiele anderer Länder, zumal Dänemarks, der Schweiz, Frankreichs und Deutschlands, wo überall gerade dieser Frage seit einigen Jahren viel Aufmerksamkeit zugewendet wird, endlich in einer Reihe medizinischer Tatsachen, zu deren voller Kenntnis wir allmählich gelangen. Wenn darin ein Fortschritt liegt, dann wollen auch wir nicht rückständig bleiben.

In einigen Familien allerdings ist diese Erziehungsfrage niemals aktuell gewesen, wenigstens nicht dort, wo besondere Umsicht und Sorgfalt in der Kindererziehung schon Tradition sind und wo meist auch besonders günstige körperliche und geistige Fähigkeiten der Generation innewohnen.

Dies gilt aber nicht für die grosse Masse des Volkes und der Bürgerschaft. Dort steht man der Frage heute noch genau so unorientiert gegenüber wie vor 100 Jahren, nur dass dieselbe heute durch die sonstigen gesteigerten Ansprüche unseres modernen Lebens eine viel dringlichere geworden ist.

Man beschränkt sich bis heute bestenfalls nur auf sorgfältige Durchführung von Prohibitivmassregeln aller Art, um die heranwachsenden Kinder vor der sittlichen Verderbnis durch böses Beispiel seitens ihrer Umgebung zu bewahren. Durch solche gewissermassen negative Massnahmen bemüht man sich, nach Tunlichkeit die hier von vielen als durchaus notwendig angenommene psychische Infektion von der impressionablen Kinderseele fernzuhalten. Aber man gibt ihr dabei nirgends eine feste Stütze, nirgends eine positive Grundlage für ihr eigenes Denken und Fühlen. Man bemüht sich selten, durch geeignete Mittel dieselbe von den alltäglich auftauchenden Zweifeln und Rätseln der Natur und des Werdens zu befreien, ja man glaubt noch vielfach, gut zu tun, wenn man nicht nur dem ganz unreifen und kritiklosen Kinde, sondern auch dem älteren, in Reifung befindenden, scharf beobachtenden und logisch denkenden Schulkinde das Storchmärchen plausibel macht, wenn dies aber gar nicht mehr geht, dem Kinde das Fragen und Nachdenken hierüber einfach verbietet.

Warum? Diese Frage lässt sich eigentlich wirklich schwer beantworten: Aus heiliger, ererbter, ganz ungerechtfertigter Scheu, aus Mangel an Verständnis, aus Mangel an Zeit in der wilden Hast unseres Alltagslebens, ferner aus vielen anderen Momenten mehr, vor allem aber, weil Aerzte und Pädagogen bisher gezögert haben, offen und klar auszusprechen, was hierzu und wie dies geschehen sollte. Haben sie dies für überflüssig gehalten? Oder ist dies auch in diesen Kreisen nur das Resultat eigener Erziehung?

Und dennoch, wer wollte es leugne, es bedarf nicht erst einer ärztlichen Statistik, wie sie jeder Arzt, der auf derlei Erkrankungen einzugehen oft Veranlassung hat, leicht gewinnen könnte und wie insbesondere durch die schulärztlichen Erhebungen allerorts festgestellt wurde, dass in allen Schulen, den höheren Klassen der Volks- besonders der Mittelschulen beiderlei Geschlechts, natürlich auch in den adäquaten Lehranstalten genügend Material vorliegt, welches beweist, dass die Frage der Vermeidung sexueller Verirrungen jugendlicher Geschöpfe beider Geschlechter eine dringliche ist, ebenso dringlich, wie die Gefahr venerischer Infektionen oder wie die des Alkoholmissbrauches, und schon deshalb, weil gerade sie bisher von allen Instanzen allzu stiefmütterlich behandelt wurde.

Im Mittelpunkte der gesamten medizinischen Forschung steht heute die Lehre von den Krankheitsursachen. Um sie gruppiert sich alles übrige in der Pathologie. Auf deduktivem

Wege ist man in der Hygiene zur Gliederung der Krankheitsursachen in drei Hauptmomente gelangt. Sie bestehen — wenigstens bei allen Infektionskrankheiten — aus 1. dem Infektionsstoff, 2. der individuellen Disposition des Befallenen, 3. den Infektionswegen und -Weisen, die in den speziellen Fällen inbetracht kommen.

Zu geeigneter Prophylaxe gehört vor allem die genaue Kenntnis aller Krankheitsursachen. Die sexuelle Verirrung in frühzeitig erwachender und betätigter Sinnlichkeit, vor allem in den verschiedenen Formen der Onanie, beruht — so nimmt man wenigstens fast allgemein an — auf einer psychischen Infektion. Diese Annahme ist im grossen und ganzen richtig, sie passt aber durchaus nicht für alle Fälle. Ich komme darauf noch ausführlicher zurück, wenn ich von der Disposition spreche. Die ärztliche Erfahrung zeigt, dass auch zahlreiche Fälle von geistiger und psychischer Onanie aus sich selbst heraus oder durch nur unbedeutende, kaum je vermeidbare Anlässe des täglichen Lebens zu entstehen pflegen.

Hierzu kommen aber auch zahlreiche, unausweichliche Eindrücke während des Studienganges, im gesellschaftlichen Verkehr, bei der Lektüre und Unterhaltung. Sehen wir uns um spezielle weitere Anlässe des täglichen Lebens um, die als geistig infizierend wirken können; die gewöhnlichen Vorgänge auf der Strasse, auf dem Lande, insbesondere bei Tieren während der Begattung, die Sinneswahrnehmungen im Bereiche des eigenen Hauses, in der Familie, wie Schwangerschaft, Geburt bei der Mutter, der verheirateten Schwester, Gespräche zwischen den Erwachsenen über natürliche Familienereignisse, Zeitungsnachrichten über unsittliche Vorfälle aller Art, die den Kindern durch Lesen oder Zuhören bekannt werden, dazu die bekannten Wörter in den täglichen Gebeten und Bibelsprüchen (5 Bücher Mosis), soweit dieselben nicht entsprechend zensuriert sind, z. B. Ausdrücke wie Leibesfrucht, Samen, Erzeugen, Gebären, Keuschheit (6. Gebot, 9. Gebot), Begehren nach der Hausfrau des anderen, alle diese sich oft wiederholenden Worte und Wahrnehmungen haben notwendigerweise mannigfache Fragen und Gedanken der Jugend über die Bedeutung aller dieser Dinge zur Folge. Diesen Fragen aber werden nun gewöhnlich nur unvollkommene, mitunter auch unrichtige Antworten gegenübergestellt, das Fragen über diese Dinge wird den Kindern sogar geradezu verboten, so dass gerade die aufgeweckten, besser veranlagten Kinder stutzig werden, aus Zweifeln gar nicht herauskommen und sich dementsprechend gar nicht mehr bei Eltern, Geschwistern, sondern schliesslich bei älteren Kameraden, Dienstboten, durch selbst herbeigeschaffte Lektüre, Konversationslexikon, durch Behorchen von Gesprächen Erwachsener Aufklärung verschaffen oder aber auch durch zufällige Anwesenheit in Gesellschaften gar manches zu ihrem Verständnis erlangen, was sie sich vorerst nach ihrer Weise zurecht legen. Gerade hierdurch entsteht aber notwendigerweise in den Kindern das Gefühl, dass es sich bei diesen Dingen um verbotene, vielleicht aber auch um süsse Früchte handle.

Weitere und gewichtige Infektionsmaterialien bieten die Lektüre aller Art, besonders illustrierter Journale, zuhause oder selbst auf der Gasse in den Auslagefenstern, Gespräche mit Dienstboten, Spiele mit halbwüchsigen, ungebildeten und verderbten Menschen, auch mit gleichalterigen Kindern, insbesondere im Walde oder an unbeachteten, einsamen Stellen, ferner das Theater, der Tanz und sonstige Vergnügungen.

Die Kenntnis dieser Tatsachen ist übrigens so weit verbreitet, dass ich hier weiter auf sie keine Zeit verwenden will.

Nun hat man sich in den letzten Jahren diesbezüglich fast in allen Kulturländern, auch bei uns in Oesterreich, vorsichtigerweise zuvörderst auf die Hochschulen begeben, gewissermassen um wenigstens dort das Versäumte nachzuholen. Ich erinnere nur an die freien, populären Vorträge über diesen Gegenstand des jetzt in München lebenden Hygienikers Prof. Max Gru-

b e r und einiger meiner Fachkollegen, wie Prof. F i n g e r, R i e h l, v. Z e i s s l und anderer Aerzte, welche teils in der University extension, teils in volkstümlichen, gemeinschaftlichen Vorträgen über dieses Kapitel sprachen, natürlich dort hauptsächlich vom Gesichtspunkte der Vorbeugung infektiöser Geschlechtskrankheiten, und welche bei solchen Gelegenheiten wohl sämtlich auf die in den letzten Jahren immer mehr zum Durchbruch gelangte Erkenntnistatsache hinweisen, dass in unseren Breiten die vollständige Enthaltsamkeit von jeglicher geschlechtlicher Betätigung, der Onanie sowohl wie auch der normalen, von der Pubertät angefangen bis mindestens zum vollendeten Knochenwachstum, d. i. bis zum 20. Lebensjahre beim Manne, bis zum 18. Lebensjahre beim Weibe unschädlich, die absolute Enthaltsamkeit hingegen sogar nützlich und nicht etwa, wie man sogar manchmal fälschlich anzunehmen geneigt war, schädlich sei. Die von Prof. E r b in Heidelberg angeführten seltenen Ausnahmsfälle, in denen ein extrakonjugaler Koitus oder selbst Notonanie (F o r e l) der absoluten Abstinenz vorzuziehen seien, beziehen sich wohl ganz oder wenigstens fast ausnahmslos auf ältere, bereits ganz ausgewachsene Individuen. Gerade auch die Erfahrungen, die man vielfach hierbei an den Studierenden machen kann, welche die Hochschule frisch bezogen haben, weisen darauf hin, dass eine entsprechende Aufklärung schon weit früher zu erfolgen hätte.

Bis jetzt ist der theoretischen Behandlung der Frage der Vermeidung der Onanie von seite der Lehrerschaft übrigens gewiss relativ noch mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht worden als von seite der Aerzte, die sich nur in speziellen Fällen, meistens erst von den Eltern darüber konsultiert, damit zu befassen Gelegenheit bekommen.

Dies liegt meist nicht in der Schuld der Aerzte, wie dies der bekannte Neurolog Prof. F r e u d schon 1898 in seiner Schrift „Die Sexualität in der Aetiologie der Neurosen“ so richtig gesagt hat. Eingehende anamnestische Gespräche oder Fragen in bezug auf die Sexualität werden nur zu oft noch missdeutet und als Eingriff in das Privatrecht der Familie, als Indiskretion entweder geradezu abgelehnt oder doch sehr übel genommen, recht häufig sogar aus falscher Prüderie unaufrichtig beantwortet; das gilt oft genug auch von der Mutter, wenn sie diesbezüglich über ihr eigenes Kind befragt wird. Und was für Interesse sollte und konnte der Arzt unter solchen Umständen in seiner täglichen Praxis bisher an einer so missdeutungsfähigen Prophylaxe haben, die ihn in dem betreffenden Falle mit Wahrscheinlichkeit in Misskredit brachte?

Immerhin haben sich seit der Zeit, als an verschiedenen Orten, bereits Schulärzte in Funktion sind, einzelne Aerzte, zumal auf den letzten öffentlichen Kongressen und auch in der Literatur, angelegentlich auch mit der Eruierung der Häufigkeit der Onanie und im Zusammenhang damit auch mit der Aufklärungsfrage in der Schule und in den Pensionaten befasst und positive Vorschläge zur Vorbeugung dieses Uebels erstattet.

Ganz besonders gilt dies von den Verhandlungen des letzten schulhygienischen Kongresses in Nürnberg.

Wie hat man sich nun gegenwärtig zu dieser Frage zu stellen? Nicht nur, dass die Jugend aufgeklärt werden soll, was wohl heute jedem Denkenden nötig und wichtig erscheint, sondern durch wen, in welcher Weise, von welchem Lebensalter beginnend und mit welchen Mitteln und Modifikationen je nach Geschlecht, Lebensalter, Intelligenz des Kindes, beziehungsweise des Elternhauses hier vorgegangen werden muss, ist ins Auge zu fassen.

Am wenigsten Meinungsverschiedenheiten bestehen wohl bezüglich der Geschlechter; wenn auch die Frage für Knaben noch wichtiger zu sein scheint, als für Mädchen, bei denen die Gefahren der Onanie und auch die Verbreitung derselben ziemlich allgemein als geringer bezeichnet werden, so ist man darüber doch einig, dass sie, wenn überhaupt, bei beiden Geschlechtern parallel laufend, d. i. in physiologischem Sinne gleichsinnig, durchzuführen sei. Strit-

tiger blieb bis jetzt hingegen die Altersgrenze, die als frühester Zeitpunkt für die ersten Aufklärungsbestrebungen für geeignet angesehen werden soll. Die einen halten daran fest — und dies ist heute immer noch, wie mir scheint, die überwiegende Majorität — dass die Frage nicht unnütz früh, ja sogar möglichst spät in den Ideenkreis des naiven, unentwickelten und unverdorbenen Kindes eingefügt werden soll, schon um sein Gemüt, seine Phantasie nicht durch diese Dinge zu beschweren. In diesem Sinne äusserten sich z. B. jüngst auch Herr Real-Direktor Thumser, der Schulmann Jessen, der in der Deutschen österr. Lehrerzeitung die modernen Sexualpädagogen aus der Schule wie die Mäuse aus dem Speicher jagen möchte. Allerdings wünschen trotzdem alle diese Autoren geeignete Aufklärung im Hause. Auch Bürgerschullehrer Tluchor (Wien) hält es noch für verwerflich, überhaupt vor unreifen Kinder über sexuelle Dinge zu reden. Die volle Aufklärung wünschen Tluchor und Frau Hofrat Förster erst den Abiturienten aller Mittel- und Fachschulen, ferner den Militäristen, Hochschülern und Brautleuten zu geben. Unter Aerzten ist auch Blaschko in Berlin und Epstein in Nürnberg gegen die hygienische Aufklärung an Mittelschulen. Beide verlangen dieselbe erst auf der Hochschule oder kurz vor dem Abiturientenexamen.

Die anderen, und das sind die Modernen, darunter Lehrer und Aerzte, besonders Schulärzte, plädieren für einen möglichst frühen Zeitpunkt, und zwar möglichst vor Beginn der physiologischen Entwicklung der Sexualorgane, da gerade um diese Zeit die Besprechung solcher Angelegenheiten die geringsten gesundheitlichen Gefahren in sich berge.

„Lieber um ein Jahr zu früh, als um einen Tag zu spät", lautet ihre Parole. Sie bezieht sich auf die Ansichten Rousseau's, der schon vor 150 Jahren die Alternative aufgestellt hatte: „Sprechet frei und über alles mit den Kindern entweder vor deren 8. oder nach dem vollendeten 18. Lebensjahre."

Was das ärztliche Votum bezüglich des besten Zeitpunktes für die Aufklärung betrifft, so sind auch hierüber die Ansichten noch geteilt. Allerdings haben sich bis jetzt relativ nur wenige der hierzu am meisten berufenen Aerzte und Hygieniker in Wort und Schrift über diesen Punkt ausgesprochen. Von diesen sind wohl die meisten, z. B. die Schulärzte Oker Blom (Helsingfors), Schuschny (Budapest), Gruber, Professor der Hygiene, Siebert, praktischer Arzt, beide in München, für einen sehr frühen, vor dem 10. Lebensjahre, die anderen, wie Blaschko (Berlin), Epstein (Nürnberg), für einen späten Zeitpunkt, nach dem 15. bis 16. Lebensahre, beziehungsweise Altersklasse, in welcher überhaupt eine vollständige Aufklärung über das menschliche Geschlechtsleben zu erfolgen habe. Wohl alle ausser Oker Blom und Schuschny wünschen aber, dass dieselbe durch die Eltern erfolge.

Ob nun dieselbe durch die Eltern allein oder aber systematisch gleichzeitig auch durch die Schule erfolgt und in welchem Alter man auch mit der heiklen Frage zu beginnen sich entschlossen hat, fast immer ist man zu Beginn auf die Analogien aus der Entwicklung im Bereiche des Tier- und Pflanzenlebens hingewiesen, welche je nach der Altersstufe entsprechend fasslich modifiziert werden müssen.

So harmlos nun die Entwicklung der Notwendigkeit von Zellteilungen und Verschmelzungen zur Bildung einer neuen Zelle bei den niedersten Wesenformen auf die Phantasie des Kindes, so unbedenklich selbst die Entwicklungsvorgänge höher organisierter Tiere, selbst die der Vögel und Säugetiere, innerhalb des Mutterleibes auf noch ganz unverdorbene Kinder einwirken, so wird die Aufklärungsfrage auch in der Biologie zu einem zweischneidigen Punkt, die physische Vereinigung, und was ihm vorausgeht, die Werbung und das Liebesleben, insbesondere aber alle diese Vorgänge bei dem Menschen den kindlichen Begriffen zurechtgelegt werden sollen.

Entschieden muss man sich gegen jene radikale Auffassung wenden, der z. B. Frau Emma Eckstein huldigt, wenn sie gemäss dem Satze: „Dem Reinen ist alles rein" schon dem völlig unentwickelten Kinde die volle Wahrheit

sagen lässt. Die Form hierzu will sie dem jeweiligen Fassungsvermögen und der Situation, der Eigenart des Kindes anpassen. Frau Eckstein wendet sich ganz entschieden dagegen, dass man aus übertriebener Vorsicht auf halbem Wege stehen bleibe und den heiklen Punkt der Vaterschaft ausschalte. Ihr geht Carpenter nicht weit genug, der sich damit begnügt, dem zarten Kinde den Begriff der Mutterschaft voll und ganz einzupflanzen. Sie begründet dies mit ihren Erfahrungen bei einzelnen Mädchen, welche wegen Unkenntnis über die Notwendigkeit des physiologischen Begattungsaktes und wegen des Mangels geeigneter Vorstellungen hierüber selbst im 17.—18. Lebensjahre in Angst und Sorge geraten waren, da sie glaubten, durch fortgesetzte einfache Berührung eines Mannes, wie beim Tanzen oder durch einen Kuss, schwanger geworden zu sein.

Wenn nun Frau Eckstein wirklich nur, um diesen, übrigens wohl sehr selten anzutreffenden falschen Vorstellungen der heranwachsenden weiblichen Jugend zu begegnen, alle kleinen Kinder beiderlei Geschlechtes mit dem schwerwiegenden Geständnisse der physischen Kopulation belastet, so tut hier die Ethik der Logik und der vernünftigen Ueberlegung denn doch Gewalt an, Denn mögen auch um diese Jahre sorgsame Mütter für ihre kleinen, noch unvernünftigen oder selbst schon heranwachsenden Mädchen kaum etwas zu besorgen haben, so steht dies schon anders mit den Knaben, die viel mehr ausser Haus kommen, und auch für die Kinder beiderlei Geschlechtes, wenn sie erst die Schule besuchen und einem kleinbürgerlichen, in der Zeit zur Beaufsichtigung seiner Kinder karg bemessenen Elternhause entstammen. Eltern, die sicher sind, vom ersten Tage dieser unumschränkten Aufklärung bis zu dem Tage, wo die letztere ihre Bedeutung für eine eventuelle Entgleisung des Kindes verloren hat, d. i. mindestens bis zum 16. und 17. Lebensjahre, diese entsprechend intensiv und verständig genug selbst beaufsichtigen zu können oder doch in sicheren Händen zu haben, könnten ja immerhin Frau Eckstein folgen, aber auch wieder nur dann, wenn sie ihre Kinder zumindest nicht in öffentliche Schulen schicken.

Wenn Doz. Oker Blom, ein in der Behandlung sexuell-hygienischer Fragen schon bekannt gewordener Schularzt, sich seit mehreren Jahren energisch dafür einsetzt, dass man schon 6—8jährigen Kindern beiderlei Geschlechtes naturgemässe, d. h. unverhüllte biologische Darstellungen gebe, beginnend etwa von der Entstehung des Eies im Körper des Vogelweibchens, der Entwicklung der Jungen im Körper der Hündin sowie von deren Geburt und sogar mit Einbeziehung der Begattungsvorgänge, natürlich mit der nötigen Vorsicht, indem man diese natürlichen Vorgänge langsam und nur im Anschlusse an andere Befruchtungsvorgänge in der Pflanzenwelt, z. B. in kleinen, der Klasse angepassten Erzählungen in den Lesebüchern, durch Abbildungen, auf eigenen Schultafeln und durch die Naturgeschichtsbücher mitteilen dürfte, so geht er darin nicht nur für manche besorgte Gemüter, sondern ganz gewiss auch für zahlreiche erfahrene Schulmänner viel zu weit. Trotzdem involviert ein derartiger sexuell-pädagogischer Anschauungsunterricht weder zu Hause, noch selbst in der Schule an und für sich auch nach meiner Ansicht irgend eine Gefahr, so lange nur dessen Beginn noch vor die geschlechtliche Reife fällt, natürlich aber auch nur dann, wenn sonst alle übrigen Bedingungen der allgemeinen Volksbildung und der schulhygienischen Mindestpostulate zu solcher gründlichen Aufklärung vorhanden sind, die später erörtert werden.

Hätten wir es in einer Gross- oder Hauptstadt nur mit Erziehungsheimen zu tun, wie die Freys in der Schweiz, Riddys in England und wie sie Forel als Idealanstalten in seinem jüngsten Werke: „Die sexuelle Frage“ mit Recht begeistert schildert, so könnte man mit derartiger Aufklärung ohne weiteres schon in der Altersstufe der ersten oder zweiten Gymnasialklasse, ja noch früher, in der vierten oder fünften Normalschulklasse, beginnen. Bei unseren Schulverhältnissen verbietet sich ein derartig früh unternommener Versuch schon mit Rücksicht auf die unvermeidbare Kommunikation der Gedanken al-

ler Kinder in der Schule, der aufgeklärten und der nichtaufgeklärten, und auf die sich daraus ergebenden Konsequenzen für beiderlei Arten wohl ganz von selbst. Auch in einem gut gestellten, intelligenten Privathaus, auf einem Landgute, zumal bei einzelnen Kindern, könnte dies ohne weiteres so gehalten werden, doch ergibt sich die Notwendigkeit, bei der Aufklärung über das unbedingt zum Verständnis der Fortpflanzung Nötige, d. i. also über die Entwicklung der Menschen und Tiere im Mutterleibe, hinauszugehen, auch in diesem Milieu natürlich erst dann, wenn ein konkreter Anlass, ein spezielles Erlebnis, vor allem aber eine spezielle Frage des Kindes vorliegt, die zu entsprechend gründlicher Aufklärung auffordern.

Kehren wir nun von den selteneren Fällen des Verbleibens der Kinder im Elternhause auch während aller Unterrichtsstunden zu dem weit häufigeren, für die breiten Massen des Volkes und die Bürgerkreise inbetracht kommenden Verhältnisse zurück, welche ja meist die Kinder zum Besuche öffentlicher oder privater Schulen, Institute, Musikschulen etc. nötigen, dann müssen wir nach einer Lösung des positiven Teiles der Aufklärungsfrage suchen, die alle Kreise befriedigt und nicht einen Sprung ins Ungewisse darstellt.

Und gerade von diesem Gesichtspunkte aus finde ich die Vorschläge des österreichischen Realschulprofessors Sigmund sehr bemerkenswert, weil in logischer und sachlicher Beziehung durchaus befriedigend, doch das Verstandes- und Gemütsleben der Knaben in keiner Weise belastend. Sigmund's Vorschlag ist in erster Linie für Gymnasien für Knaben berechnet, dürfte aber auch mit entsprechenden Veränderungen auf andere Mittelschulen und Mädchenlyceen ausdehnbar sein. S. fasst seine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammen:

1. Die Aufklärung der Schüler des Gymnasiums vollzieht sich in fünf Stufen (I., II., V., VI., VII. Klasse).

2. Die Aufklärung in den unteren Klassen beschränkt sich auf Teilvorgänge der sexuellen Fortpflanzung, und zwar in der 1. Klasse: Entstehung und Geburt der Säugetierjungen, Entstehung der Insekteneier; in der II. Klasse: Entstehung und Geburt des Reptilien- und Vogeleies, Befruchtung der Fisch- und Lurcheneier, der Eier des Seeigels und der Quellen. Der Begattungsakt wird hierbei in den ersten zwei Mittelschulklassen, d. i. etwa vor dem 13. Lebensjahre, überhaupt nicht erwähnt.

3. Die Begriffsbildung „sexuelles Leben" vollzieht sich im botanischen und zoologischen Unterrichte des Obergymnasiums in synthetischer Form, wobei kein wesentliches Moment verschwiegen werde, der Begattungsakt als minder wesentlich unerwähnt bleibe oder in den Hintergrund trete.

4. Alles den Menschen betreffende Sexuelle und alles Pathologische bleibe dem hygienischen Unterrichte überlassen, der mit einer wöchentlichen Stunde in der Septima auch die gesamte Somatologie behandle.

Der Lehrstoff der Naturgeschichte in der VI. Klasse umfasse nur die Zoologie; das natürliche System werde in aufsteigender Reihe behandelt (mit Ausschluss der Somatologie des Menschen, die logischerweise im Anschlusse an die Zoologie, also erst in der Septima, als Vorbereitung zur Hygiene vorgetragen werden soll).

6. In Elternkonferenzen mögen die Eltern über die Art der ihren Kindern zuteil werdenden Aufklärung unterrichtet und zugleich angeleitet werden, im Einklange mit der Schule auf diesem Gebiete zu wirken.

Sigmund schaltet also die Volksschüler, d. i. alle Kinder bis zum 11. Lebensjahre, prinzipiell von jeder systematischen positiven Aufklärung aus und beginnt mit ihr erst im Gymnasium. Gegen dessen Vorschlag zur Erweiterung des naturwissenschaftlichen Unterrichtes behufs systematischer Aufklärung in sexuellen Fragen bis zur Septima, d. i. also bis zum 16.—17. Lebensjahre, lässt sich ein Einwand im Sinne einer Gefahr für das ethische oder moralische Gefühl des Individuums wohl kaum erheben. Alle Gefühle der Neugier, alle Momente, die zur Sinnlichkeit in sexueller Beziehung führen könnten, sind hier ausgeschaltet. Doch erhebt sich die Frage: Ist mit diesem naturwissenschaftlichen Unterrichte an und für sich

das Wesen der Sache, d. i. die Gefahr frühzeitiger Erweckung und Betätigung von Sinnlichkeit, schon beseitigt? Gewiss nicht!

Bis zum 13. oder 14. Lebensjahre wird man bei sonst gut erzogenen, normalen Kindern immerhin sein Auslangen finden. Von da ab, vom 14.—15. Lebensjahre bis zum 17. (Septima), wo nach Sigmund der somatologisch-hygienische Unterricht erst einzusetzen hat, liegt der Schwerpunkt in der stetigen, sorgsamen Ueberwachung der Kinder durch die Eltern oder Erzieher, dementsprechend in Prohibitivmassregeln. Dieser Zeitraum von 3—4 Jahren erfahrungsgemäss auch am häufigsten der Zeitpunkt der ersten sexuellen Regungen und Verirrungen, wird durch die früher stattgefundenen Belehrungen im Sinne Sigmund's wohl wesentlich in seiner Gefährlichkeit herabgesetzt, keineswegs aber wird hierdurch schon letztere beseitigt. Und die Einsicht in diese Lücke hat Sigmund gewiss auch dazu veranlasst, im Punkte 6 die Elternkonferenzen in den Kreis seiner prophylaktischen Vorschläge einzubeziehen. Durch Sigmund's Vorschläge ist aber jedenfalls die Schwierigkeit der Frage dadurch gemildert, dass sie im Gegensatze zu den Vorschlägen von Oker Blom, Eckstein u. a. nichts Bedenkliches mit hereinnimmt, was im gegebenen Einzelfalle durch mangelhafte Durchführung des ganzen Systems, z. B. in der konsequenten sorgsamen Beaufsichtigung der Kinder in sexueller und allgemein hygienischer Beziehung, den schwerwiegenden Vorwurf auf sich nehmen muss, einer frühzeitigen Verderbnis der Kinder geradezu Vorschub geleistet zu haben. Durch die Beiseitelassung des heterologsexuellen Momentes der Erwähnung des Begattungsaktes beim Menschen bis zum 16. oder 17. Lebensjahre wird Sigmund's Vorschlag — wenigstens vorläufig, gewiss viele Freunde gewinnen.

Die Methode Prof. Sigmund's gestattet überdies noch einen Mittelweg, der sich besonders für geisig frühreife, auch körperlich früh entwickelte oder eventuell durch zufällige Umstände mittlerweile doch in das Geschlechtsleben des Menschen eingeweihte Kinder anwenden lässt.

Er besteht darin, dass das Elternhaus, sowie sich bei Kindern nach dieser Richtung auch nur die geringsten oder gar schon bedenklichen Indizien finden lassen, eventuell unter Mitwirkung des Hausarztes das Praevenire spielt, ohne auf den somatologisch-hygienischen Unterricht zu warten, und solche Kinder auch über die nötigen Punkte in der Hygiene, vor allem über die Schädlichkeit der Betätigung sinnlicher Gefühle durch Lektüre, Gedanken, Illusionen oder Masturbation belehrt, natürlich mit einer Einschränkung. Man gehe in seinen Belehrungen eben immer nur so weit, als man gehen muss, und beängstige das kindliche Gemüt nicht bloss durch die Schilderung etwaiger böser Folgen, sondern stärke seine sittlich-ethische Auffassung über diesen Gegenstand und unterstütze es auf alle mögliche Weise in dem für manches Kind ungemein schwierigen Punkte der Selbstüberwindung.

Jedenfalls sei man nachsichtig und stärke das gegenseitige Vertrauen, das die Eltern resp. stellvertretenden Erzieher den Kindern unbedingt von frühester Kindheit ab, und zwar in allen körperlichen und geistigen Erziehungsfragen zu bewahren suchen müssen. Man lege das Hauptgewicht auf öftere, rückhaltlose, ungezwungene Aussprachen, am besten zwischen Vater und Sohn, Mutter und Tochter. Je öfter dies geschieht, je rückhaltloser, natürlicher, ohne je den Ernst der Sache zu verlieren, desto sicherer wird man auf unbedingte Offenheit und Wahrheit rechnen können.

Und noch mit einer Einschränkung.

Das Elternhaus tue dies nur mit dem vollen Bewusstsein der enormen Tragweite dieser aufklärenden Geständnisse und mit der sicheren Voraussetzung, dass man von nun ab in der Lage sein müsse, das Kind in allen seinen Handlungen beim Spielen und Lernen mehr weniger genau zu beobachten. Wenn das Kind dann später, was ja sicher vorkommt, von seiner Umgebung, z. B. in der Schule, durch zufällige oder absichtliche Laszivitäten in seiner natürlichen ethischen Auffassung der gesamten Geschlechtsvorgänge gestört, erschüttert wird, dann sind auch volle Fassung und Ruhe ohne jede dem Kinde auffallende

Emotion zur entsprechenden Korrektur entgegenzubringen nötig.

Handelt es sich dabei nicht um ein ganz besonderes zu sexuellen Emotionen disponiertes, schwer neurasthenisches, nicht gar um ein schwachsinniges oder schon sehr verdorbenes Kind, dann prallen derlei Vorkommnisse, die geeignet sind und dahin zielen, das Kind zur Masturbation zu verführen oder selbst nur zu einer falschen geistigen, sinnlichen Denkungsweise zu bringen (Lektüre!), von seiner Seele ab. Selbstverständlich hat nun aber die öffentliche Schule nicht Zeit zu solchen psychologischen und individualisierenden Beobachtungen und darum tut sie auch gut daran, im Interesse der gesteigerten Verantwotlichkeit hierbei nicht selbständig und ungefragt sich mit derlei prophylaktischen Aufklärungen zu befassen.

Allerdings, und nun kommt der heikelste, der springende Punkt in der Frage, wie wird und kann man es verhindern, dass durch eine solche frühzeitig gegebene, weil notwendig gewordene häusliche Aufklärung zwischen den bereits aufgeklärten und den noch nicht aufgeklärten Altersgenossen von 8 bis 16 Jahren nicht auch über diesen Punkt, d. i. die körperliche Vereinigung, ein offener, oder gar, was schlechter wäre, ein heimlicher Rapport sich einschleicht. Diese Frage gibt natürlich am meisten zu denken und erheischt auch die grösste Vorsicht.

Meiner Ansicht nach ist dieser Punkt nicht anders als durch die auch von Schuschny, Sigmund u. a. beantragte Veranstaltung von obligatorischen und offiziellen Elternabenden zu umgehen, wie sie übrigens auch von allen Neurologen in dieser Sache als unbedingt notwendig gefordert werden. Diese Elternabende wären, um wirklich vorbeugend wirksam zu werden, zweckmässig schon von der III. Klasse der Volksschule ab und systematisch bis zur VII. Klasse des Gymnasiums weiter zu führen. Und nur durch diese Institution würde es möglich, vor allem die häusliche Aufklärung an und für sich möglichst zu verallgemeinern und in die richtigen Wege zu leiten.

Wohl würden auch durch diese Institution das Auftauchen unmoralischer, nach erotischen Richtungen zielender, unlauterer Gespräche und weiterhin natürlich auch unlauterer Handlungen, geistige und körperliche Onanie gewiss nicht ganz und gar aus den Kreisen der Schuljugend entfernt, aber sicherlich wesentlich eingeschränkt. Es würden derlei sexuelle Verirrungen ausserdem auch dadurch viel unschädlicher, weil sie nur auf die betreffenden Individuen oder deren engste Umgebung isoliert blieben, da ja dem dennoch ab und zu entstehenden Infektionsmateriale vor allem der geeignete Nährboden zur Weiterverbreitung nahezu oder gänzlich fehlen würde. Ja noch mehr. Die derart sittlich und aufgeklärt erzogene Schuljugend würde entrüstet, entgegen ihrer bisherigen Gepflogenheit, die ihr bisher bei Strafe Stillschweigen auferlegt, mitunter selbst dazu beitragen, den Infektionsherd in der Schule zu entdecken und unschädlich zu machen.

Schade nur, dass selbst dieses relativ so einfache, keineswegs kostspielige Auskunftsmittel der rationellen Belehrung des Elternhauses durch Elternabende in manchen grossstädtischen Schulen, ja selbst z. B. in Gymnasien Wiens, vorläufig noch dadurch ein rein mechanisches Hindernis finden dürfte, dass in den älteren Schulgebäuden nicht genügende Räume, ja nicht einmal genügend Sessel zu solchen Versammlungen vorrätig sind, wovon ich mich sogar selbst jüngst in mehreren hiesigen Schulgebäuden überzeugen konnte. So wäre nun allerdings, leider nicht ohne eine sehr erhebliche Belastung des Lehrkörpers, immerhin der Weg gegeben, dem Elternhause aller Volksschichten die Mittel und mündlichen Belehrungen für die Aufklärung ihrer Kinder an die Hand zu geben. Im Notfalle könnte dies übrigens auch durch gute, von der Schule herausgegebene Elternbücher, Flugblätter etc. geschehen, um diese Frage auch im Hause zu klären.

In den letzten Jahren sind übrigens zur Unterstützung des Elternhauses in der Aufklärungssache auch noch einige recht interessante und wertvolle Schriften erschienen, die hier kurz berührt werden müssen.

Das älteste ist erst zwei Jahre alt, es ist das vom bekannten Wiener Schul-

hygieniker Prof. Leo Burgerstein ins Deutsche übertragene Elternbuch des finnischen Schularztes Oker Blom (Bei Onkel Doktor auf dem Lande), das in sechs kurzen Briefen, die dem Kinde selbst in die Hand gegeben werden können, die Erlebnisse eines Schulknaben wiedergibt, die er während seines Aufenthaltes bei seinem Onkel gehabt hat, und wie sie ihm von dem letzteren zurechtgelegt worden waren.

Die ansprechende unterhaltliche Form, die prägnanten Schilderungen und naiven natürlichen Gefühle, die in dem Schriftchen zum Ausdruck gelangen, stellen dieses weit über andere ähnliche Aufklärungsschriften, z. B. die im Jahre 1904 von meinem Freunde Herrn Dr. Friedrich Siebert in München herausgegebenen Bücher „für Eltern und Kinder".

Diese letzteren verdienen aber insoferne an dieser Stelle jedenfalls Erwähnung, als sie sich durch Gründlichkeit, Liebe und Sorgfalt in der Behandlung des heiklen Stoffes besonders auszeichnen. Dr. Siebert trachtet, die gefährliche Klippe der Erweckung von Sinnlichkeit bei dem Kinde durch die Lektüre selbst dadurch zu umschiffen, dass er durch zahlreiche ausführliche Analogien zwischen den Befruchtungsvorgängen bei Pflanzen und Tieren verschiedenster Entwicklung Sinne und Anschauungsvermögen der Kinder gewissermassen systematisch an derlei Dinge gewöhnt und abhärtet, so dass dieselben durch biologische Vergleiche auf allen Gebieten des Naturlebens allmählich ohne jede Sensation, ohne sich dessen recht bewusst zu werden, sich auch schon im Besitze der nötigen Vorstellungen über das sinnliche Liebesleben befinden. Für 12—13jährige Normalkinder berechnet, leidet das Buch aber an dem teilweise zu schwer fassbaren und ermüdenden Stoffe, so dass es stellenweise demnach kaum mehr für Kinder, sondern eher für Erwachsene von 15—18 Jahren gehört. Wenn man alles gründlich und doch unverfänglich sagen will und dabei so wissenschaftlich, aber auch so langweilig für die Kinder vorgehen muss, dürfte es wohl wenige Kinder unter dem 14. Lebensjahre geben, die für derartige Belehrungen völlig reif und auch empfänglich wären.

Dabei empfiehlt Siebert als Haupterziehungsmittel für das Elternhaus die Weckung des Sinnes für alles Schöne und Wahre, auch wenn es nackt ist, tägliche körperliche Bewegung bis zur Ermüdung, Gewöhnung an das andere Geschlecht durch kontinuierlichen Umgang und insbesondere durch Tanz, die Förderung unbedingter Aufrichtigkeit und Wahrheitsliebe, kurz, die Erziehung zu Charakteren. Solchen Kindern gegenüber wirke, so meint Siebert, alles Obscöne von selbst auch widerwärtig und abstossend.

Und darin hat er, so weit es sich um Normalkinder handelt, gewiss auch recht, aber selbst bei normalen Kindern gehören hierzu auch volles betätigtes Verständnis und Konsequenz im Elternhause durch viele, 8—10 Jahre hindurch.

Fehlen diese auch nur in einem Punkte oder selbst nur für kurze Zeit, dann bleibt eine derartige frühe, volle Aufklärung wenigstens für die Periode des noch nicht vollkommenen erstarkten Charakters vom 12.—15. Lebensjahre immer ein Sprung ins Ungewisse. Ja, es ist auch anzunehmen, dass in so und so vielen Fällen das moralisch-ethische Pathos der Aufklärungsgespräche mit der Zeit verblasst oder zurückgedrängt wird durch impetuöse, beharrlich wirkende böse Eindrücke, Lektüre, so dass, wenn das Kind doch ausgleitet, die betrübten Eltern sich etwa Vorwürfe machen könnten, weshalb denn die Wissenschaft zu solchen Experimenten rate, die dennoch misslingen und „wahrscheinlich, hauptsächlich, vielleicht sogar einzig und allein an der Onanie Schuld seien". Die Tatsache, dass auch 16- und 17jährige Knaben, insbesondere aber Mädchen ab und zu auch ohne jegliche systematische Aufklärung völlig naiv und unverdorben bleiben, könnte solchen peinlichen Einwürfen gegebenenfalls sogar eine plausible Unterlage verleihen.

Und das glaube ich, fürchtet heute noch die Lehrerschaft, und mit Recht, so lange sie die Erziehung nicht selbst und intensiver zu beeinflussen in der Lage ist.

Von denselben Gesichtspunkten aus

sind demnach auch die radikalen Aufklärungsbestrebungen der Frauen Schmidt-Jäger und Eckstein zu beurteilen, aus deren eindringlichen Mahnungen doch jedenfalls ein Punkt zu beherzigen ist. Er betrifft die alltäglichen Vorgänge auf der Strasse, dem Hühnerhofe, in den Menagerien und selbst in der Kinderstube, wenn die Erwachsenen von den Kindern über die Begattungsvorgänge der Tiere und Insekten, Vögel etc. angesichts derselben befragt werden. Hier tut Belehrung der Eltern dringend not, da die Situation Schlagfertigkeit und Ueberlegenheit für alle Fälle erheischt.

Die Antwort: „Du bist noch zu klein, um das zu begreifen, ich werde es dir sagen, wenn du grösser bist", genügt in den seltensten Fällen. Aufgeklärte und verständnisvolle Menschen lassen sich wohl nicht überrumpeln. Wenn man auch Frau Schmidt-Jäger nicht zustimmen wird, dass der Lehrer, resp. die Schule sich mit der Erklärung solcher Situationen absichtlich schon in der Volksschule zu befassen habe, so kann folgende reizende Aufklärungsschablone, wie sie Frau Schmidt bei ihren eigenen Kindern anlässlich einer solchen Situation im Hühnerhofe mit Geist und Schlagfertigkeit gegeben hat, recht gut kleinen Pensionaten oder Familien als Unterlage dienen.

Frau Schmidt erzählt, wie sie ihren eigenen Kindern die erste derartige Erklärung abgab. „Ihr achtjähriger Sohn und seine zwei älteren Schwestern stritten lebhaft über die Dinge in dem Hühnerhofe. Die zwei Mädchen fanden den Hahn sehr bös und vollständig überflüssig, da er keine Eier lege. In seinem männlichen Stolze verletzt, nahm der Knabe den Hahn in Schutz und erklärte, er müsse entschieden zu etwas nützlich sein, nur wisse er nicht, wozu. Die Streitfrage wurde nun vor den mütterlichen Gerichtshof gebracht. Die Mutter erklärte alsdann den Kindern ganz offen, dass die Hühner freilich ohne Hahn Eier legen könnten, aber dass diese Eier sich dann nicht entwickeln; der Hahn müsse den Hennen den Samen dazu geben; ohne einen Vater Hahn gäbe es niemals junge Hühnerkinder. Darüber war der Junge sehr stolz und erwiderte sofort mit einfacher und reinster Kinderlogik: „Nicht wahr, Mama, es gäbe auch bei uns keine Kinder ohne Papa?", was die Mutter natürlich sofort bestätigte. Darauf kehrten die Kinder vergnügt zu ihrem Spiel zurück."

Es ist anzunehmen, dass diese lehrreiche wie anmutige Ausführungsform einer klugen, pädagogisch denkenden Frau Nachahmung finden und dass von den hier versammelten Damen es wohl keine mehr geben wird, welche die Auslegung von derlei natürlichen Begebenheiten nicht mehr dem Zufalle, Dienstboten oder verdorbenen Kameraden überlassen, sondern in der oder jener Form übernehmen wird.

Bei normal veranlagten Kindern werden wohl weder die Form noch der Zeitpunkt der Aufklärung irgendwelche Schwierigkeiten verursachen. Gewisse Formen werden aufgestellt, welche sich erst allmählich in die Familien einleben müssen, so wie einst das Storchmärchen. Schwieriger verhält sich die Sache, wenn es sich um geistig oder körperlich nicht ganz normale, in ihrer Phantasie, ihrem Vorstellungsleben und in sexueller Beziehung abnorm reizbare Kinder handelt.

Namentlich ist es das Nervensystem der Stadtkinder, das, hereditär minder rüstig oder direkt krankhaft veranlagt, hier die wichtigste Rolle spielt. Sanitätsrat Wildermut (Nürnberg) kam in seinem ausführlichen Referate auf dem Nürnberger Kongresse zu folgenden hier nicht belanglosen Daten. Unter 9000 Nervenkranken seiner Beobachtung fanden sich 360 Kinder im Alter von 15—18 Jahren, d. s. 4 pCt. (183 Knaben, 177 Mädchen), darunter waren 40 pCt. nervös belastet.

Derselbe Autor zitiert nun als eine heute ziemlich allgemein giltige Ansicht die Tatsache, dass starke Masturbation unreifer oder eben reifender Kinder keineswegs nur die Ursache, sondern oft die Folge ihrer hereditären oder erworbenen Neurasthenie sei, eine Ansicht, die er selbst zum Teile wenigstens für richtig hält.

Er wie der Nervenarzt Benda halten insbesondere die Schädigung des Schlafes in bezug auf Dauer und Tiefe,

langes Wachliegen, Wachträumen im Bette, auch abendliche Gehirnarbeit, Unruhe bei den Mahlzeiten und Unregelmässigkeit derselben, das fortgesetzte intensive Arbeiten unmittelbar nach Mahlzeiten, insbesondere aber den Mangel an Erholungspausen und an Aufenthalt im Freien, an Spiel und an Bewegung an und für sich für die Quellen von Neurasthenie und weiterhin indirekt auch bei den neurasthenisch Veranlagten für die Quelle der geschlechtlichen Reizbarkeit.

Für solche Individuen ist es schwer, eine allgemeine Regel auch in bezug auf die Aufklärungsfrage aufzustellen. Gefährlich wird bei diesen wie bei allen Kindern, auch den gesunden, der Alkohol in jeder Form, selbst in der des leichten Bieres, aber auch jegliche reizende und üppige Kost; selbst reichliche Mahlzeiten in den Abendstunden wirken bei solchen Kindern sexuell irritierend, weiterhin aber auch die meisten Gewürze, ja selbst das gewohnheitsmässige Naschen süsser Sachen ausser der Mahlzeit und reichliche Fleischnahrung. Es erscheint mir deshalb auch nicht zweckmässig, wenn selbst noch in hygienischen Volksschriften und Flugblättern, wie z. B. in Burgerstein's Gesundheitsregeln für Schüler und Schülerinnen aller Lehranstalten, 1905", der Alkohol überhaupt noch als erlaubt, wenn auch nur „als am wenigsten bedenklich, wenn in mässiger Menge genossen", angeführt wird.

Es ist weiterhin sehr zu beklagen, dass die ehemals so beliebte Institution des Hausarztes immer seltener wird und dass sie auch dort, wo sie besteht, gerade in Familien mit Kindern nicht auch zu prophylaktischen und Aufklärungszwecken öfters, als es geschieht, in Anspruch genommen wird.

Für die ärmeren Familien, die eines regulären Arztes entbehren, würde wohl der Schularzt der berufenste sein, hier zu raten und präventiv einzugreifen. Gerade in diesem Punkte könnte sich die nach der jüngst erschienenen neuen Schulordnung ja auch von dem österreichischen Unterrichtsministerium in Aussicht genommene Institution der Schulärzte wohl ein grosses Verdienst erwerben, da es sich um Verhütung oft irreparabler Schädlichkeiten handelt. Hoffen wir, dass diese in anderen Ländern schon so segensreich wirkende Institution auch bald bei uns und in einer so vollkommenen Weise ins Werk gesetzt wird, dass der Schularzt selbst auch wirklich dazu gelangt, nicht nur der Statistik und der Obrigkeit zu dienen, sondern auch dem seines Rates bedürftigen Individuum und Elternhause seine Fürsorge angedeihen zu lassen.

Jedenfalls setzt aber eine derartig prophylaktische, sich auch auf das Einzelindividuum erstreckende Tätigkeit eines Schularztes voraus, dass derselbe sich durch eigene Studien genügend moderne habe und auch über das nötige Zeitausmass verfüge, sich dieser höchst anhygienische Spezialkenntnisse erworben strengenden Aufgabe völlig zu widmen.

Mehr in der Schularztfrage hier zu sagen, so belangreich dieselbe für unsere Frage auch ist, muss ich mir versagen. Doch hat ja der Hygieniker Herr Prof. Schattenfroh über dieses Thema vor kurzem erst von dieser Stelle aus alles Wesentliche gesagt.

So weit die Abschwächung der Disposition der Schulkinder zu Krankheiten überhaupt und zur Nervosität im besonderen durch das Elternhaus geschehen kann, so ist diese bei den rasch fortschreitenden Popularitätsbestrebungen unserer Zeit, insbesondere aber unter Mithilfe der Elternabende und des Schularztes, mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Leider gibt es hier aber ausserdem noch eine ganze Reihe dringlicher Wünsche und Erfordernisse, denen gegenüber allerdings nicht die Eltern und die Aerzte, sondern die Schule und die Behörden, Staat und Gemeinde ihr Machtwort zu sprechen hätten. Ich nenne hier nur die — allerdings öfter geklagte als vorhandene — Ueberbürdung der Schuljugend mit häuslichen Aufgaben, den möglichst ungeteilten Unterricht, die völlige Sonntagsruhe, wenigstens für das Volksschulkind und die unteren Klassen des Gymnasiums, auch inbezug auf den Religionsunterricht der Akatholiken, die stärkere Betonung und Pflege körperlicher Uebungen, Turnen, Schwimmen, Schulausflüge etc. etc.

Da die Onanie, wie bereits ausgeführt,

am häufigsten bei nervösen, erregbaren Kindern angetroffen wird und gerade diesen am ehesten Schaden zu bringen pflegt, so bildet wohl die Herabsetzung der nervösen Disposition der Schulkinder in diesem Belange auch ein sehr wichtiges Moment.

Ob die Errichtung und Benützung von Schulbrausebädern, natürlich letztere nur unter der Leitung der Lehrer und Schulärzte, gerade für diese Zwecke vorläufig unbedingt notwendig sind, will ich lieber unentschieden lassen; jedenfalls zeigt das Beispiel Amsterdams, Berlins und anderer Städte, dass sie sehr nützlich und praktisch sind, wo es gilt, grossen Massen von Schulkindern zu dienen.

Wichtiger erscheint mir noch ein Ausbau oder die Etablierung grosser Jugendspiel- und Sportplätze innerhalb oder doch in der Peripherie und Umgebung von Städten mit guter Strassen- und Stadtbahnverbindung, z. B. von Wien, ausschliesslich nur für die Benützung der Schulkinder aller Kategorien bestimmt.

Nur einige Worte über den Tanz, ein gerade in den letzten Jahren wieder viel mehr gepflegtes Jugendvergnügen. Vom ärztlichen Standpunkte kann dasselbe keineswegs als ein Ersatz für sonstige körperliche Uebung gelten. Jedenfalls wäre aber mit dem Tanzunterrichte nur vor dem zwölften Jahre zu beginnen, d. i. möglichst vor der Periode der Geschlechtsentwicklung, und wären die Kinder während desselben genau zu beobachten, denn, wie bekannt und wie insbesondere von dem Sexual-Naturhistoriker Havelok Ellis in seiner Studie „Geschlechtsgefühl" nachgewiesen wird, werden insbesondere bei den auf den niedrigsten Kulturstufen stehenden Menschen ebenso wie vielfach im Tierreiche bei Vögeln, Säugern und Insekten gerade tanzende Bewegungen oder eigene Tänze zur Anlockung des Männchens und zur Steigerung der Begierden ausgeführt.

Aber nicht nur körperliche, auch psychische Abhärtung ist gewiss am Platze, vor allem durch systematische Beaufsichtigung und Auswahl der Lektüre, weiterhin indem der Sinn für das Schöne, auch wenn es nackt ist, gepflegt wird, und zwar kontinuierlich vom zarten Kindesalter ab. Zweifellos ist es nur berechtigt und kein blosser Scherz, wenn unter so vielen, herrlichen Statuen das Feigenblatt dem naiven Gemüte als das einzige Unanständige erscheint.

Andererseits wäre durch Zusammenwirken von Schule und Haus möglichst bis zum 16. und 17. Jahre zu verhüten, dass Kinder überhaupt andere Lektüre und geistige Nahrung erhalten, als ihnen beispielsweise in der Schule vom jeweiligen Ordinarius erlaubt oder doch angeraten wird, wobei letzterer gewiss auch auf die Intelligenz des Individuums, dessen Temperament und Gesundheitsverhältnisse inbezug auf Qualität und Quantum der Lektüre Rücksicht nehmen kann. Das Haus bediene sich bei der Wahl von Privatlektüre einstweilen etwa nur eigener Empfehlungen, z. B. der eigenen Aufstellung des Volksbildungsvereines. Ueberhaupt wird gerade das Kapitel Lektüre als Infektionsquelle für frühzeitigen Erotismus viel zu wenig berücksichtigt. Dasselbe gilt natürlich für den wahllosen Besuch von Theatern, Kaffeehäusern und anderen Unterhaltungsorten, der wohl bis zur Sexta, d. i. bis zum 17. Jahre, überhaupt nicht ohne Begleitung Erwachsener gestattet sein sollte.

Sind Kinder bis zu ihrem 15.—16. Jahre mit oder ohne die eben besprochene häusliche Aufklärung geistig und körperlich gesund, insbesondere sexuell intakt geblieben, dann tritt in den Mittelschulen der von allen Seiten und auch von mir als wertvoll anerkannte Unterricht in der Somatologie und Hygiene ein, der in diesem Alter, für andere Anstalten entsprechend modfiziert, z. B. für Lyceen und Bürgerschulen wesentlich eingeschränkt, ein mit den Gesetzen der Moral und Ethik durchaus in Einklang zu bringendes sein kann. Da man es grösstenteils mit bereits verständigen, verlässlichen, zum Teile schon erwachsenen Menschen zu tun hat, wird auch die Einbeziehung der Gefahren der zu früh betätigten Sexualität nach beiden Richtungen hin, d. i. auch inbezug auf Infektion durch Verkehr mit dem anderen Geschlechte, in diesem Zeitpunkte gewiss nicht verfehlen, die heranreifenden Jünglinge und Jungfrauen viel mehr

und gründlicher zu schützen, als dies nach der jetzigen Art des sich selbst Ueberlassenseins vonseite der Schule, ja selbst vonseite des Elternhauses notwendigerweise der Fall ist. Auch für das sexuell nicht mehr intakte Individuum kann in diesem Unterrichte noch viel Nützliches gelehrt werden.

Ob dieser hygienische Unterricht, wie ich meinte, schon in der Sexta im Anschlusse an den dort zum zweitenmale gebotenen Unterricht in der Zoologie oder erst ein Jahr später in der Septima stattfinden soll, ist vielleicht nicht von grossem Belang; es liegen ja auch nur die Ferien der Sexta auf die Septima dazwischen. Jedenfalls aber sollte er wenigstens in dieser Altersstufe auch in der Schule erteilt werden.

Hochansehnliche Versammlung! Ich bin am Schlusse meiner Ausführungen angelangt und resumiere in wenigen Worten die Tendenz und den Zweck derselben. Aus denselben haben Sie wohl ersehen, dass der schwerwiegendste der drei Faktoren, die sonst oft bei Infektionserkrankungen inbetracht kommen, auch hier die individuelle Disposition ist, dass dann erst der ubiquitäre Infektionsstoff und in dritter Linie besondere Infektionsarten gefährlicher Natur, wie Verführung durch Erwachsene, systematisches Verderben der Kinder etc., ins Auge zu fassen sind.

Kinder mit ausgesprochen krankhafter nervöser Disposition, degenerierte, kretinistische und idiote Individuen, die erfahrungsgemäss fast immer Onanisten sind, müssen wir vorerst hier ganz ausschalten. Sie gehören in private oder staatliche Erziehungsheime, wie z. B. die von Dr. Heller in Wien, schon zum Schutze der übrigen.

Nicht nur durch strenge Prohibitivmassregeln gegenüber den Kindern jeglicher Altersstufen, sondern viel mehr und noch viel wirksamer durch offene und individualisierende Aussprache zwischen Eltern, Kindern oder Erziehern über sexuelle Vorgänge aller Art, durch Kräftigung ihres Körpers und Stählung ihres Charakters in allerdings weit ausgedehnterem Masse, als es durchschnittlich bis jetzt der Fall ist, natürlich nur durch Erziehung zur absoluten Wahrheitsliebe kann man dem aufwachsenden Geschlecht in seinem Kampfe gegenüber den Regungen des erwachsenden Geschlechtstriebes zu Hilfe kommen.

Eines der wichtigsten Erfordernisse hierzu ist ein genaues Studium der Physiologie und der Hygiene des Kindeslebens in der Familie unter Mitwirkung von Haus- und Schulärzten.

Ein zweites, ebenso wichtiges Erfordernis ist die Billigung und Anerkennung dieses Systems von seiten der Schule, des Religionsunterrichtes und deren wertvolle Mitwirkung. Viribus unitis!

Ich fasse meine Ausführungen in folgende Schlusssätze zusammen:

1. Die Frage der sexuellen Aufklärung der Jugend ist wie bisher auch bis auf weiteres zunächst eine Aufgabe der häuslichen Erziehung, weiterhin erst als ein Gegenstand des Schulunterrichtes zu behandeln.

Der Unterricht in den naturwissenschaftlichen und übrigen Fächern, insofern sie hier von Belang sein können, hat in allen öffentlichen Schulen einheitlich in der Weise zu erfolgen, dass die häusliche Erziehung der Schulkinder aller Altersstufen in ihm jederzeit eine wirkungsvolle Unterstützung findet.

2. Die Gefahr sexueller Verirrungen der Schuljugend wird am wirksamsten und auch zweckmässigsten durch solche Massnahmen bekämpft, welche eine freie und volle physische Entwicklung der Kinder ermöglichen und auch geeignet sind, der so häufigen hereditären Anlage zur Neurasthenie und damit der wichtigsten Quelle der Disposition zur sexuellen Verirrung entgegenzuwirken.

Unbeschadet dessen sind aber auch gewisse Prohibitivmassregeln gegen die Quellen geistiger Infektion der Schulkinder zu befürworten.

3. Von ärztlichen Gesichtspunkten aus steht dem nichts entgegen, dass Schilderungen der Generations- und Entwicklungsvorgänge des pflanzlichen und tierischen Lebens, jedoch mit Ausschluss der physiologisch sinnlichen Liebeswerbungen, in allen Altersstufen, diesen entsprechend angepasst, vorgetragen werden.

4. Die Einbeziehung der heterologsexuellen Differenzen, des Zeugungsaktes und des Liebeslebens bei Tieren

und bei Menschen in den Schulunterricht beider Geschlechter hat regelmässig erst in der sechsten Mittelschulklasse und den gleichstufigen Klassen anderer Anstalten (Lyceen, Handels- und Gewerbeschulen), aber im Gegensatze zum bisherigen Gebrauch in möglichst vollständiger, rückhaltloser Weise zu erfolgen. (Ausnahme hiervon in Punkt 8.)

5. Die auf den Menschen bezüglichen Erläuterungen haben im Rahmen eines in den bisherigen Lehrplan neu einzufügenden und obligaten Unterrichtsgegenstandes „Somatologie und Hygiene" zu erfolgen, der ausnahmsweise und insoferne Schulärzte noch nicht zur Verfügung stehen, auch von entsprechend hygienisch vorgebildeten Naturgeschichtslehrern vorgetragen werden könnte.

6. Die moderne Neuschule erwirbt erst in dem Masse ein Recht, sich an dieser für die Gesundheit der Schulkinder so belangreichen Aufklärung auch in früheren Altersklassen zu beteiligen, als sie sich auch mit der körperlichen Erziehung und Veredelung derselben befasst und das hierfür nötige Zeitausmass auch in dem Lehrplane berücksichtigt.

7. Ein unbedingtes Erfordernis zur schadlosen Durchführung einer derartigen freien Jugenderziehung ist aber das Inslebentreten der schulärztlichen Institution für alle Elementar- und Mittelschulen.

Diese letzteren werden sich dann erst zur vollen Wirksamkeit entfalten, wenn der Schularzt eine entsprechende hygienische Vorbildung genossen hat und wenn er auch einen dem Lehrkörper in hygienischen Fragen über, jedenfalls aber gleichgestellten, in den Lehrerkonferenzen stimmberechtigten, vom Staate kontrollierten und materiell nur von diesem abhängigen, in seinem Wirkungskreise und in seinen Rechten genau präzisierten Faktor darstellt.

8. Dem Schularzt allein steht es zu, Schüler oder Schülerinen vom somatologisch-hygienischen Unterrichte auf ein Jahr zu dispensieren, dieselben andererseits aber auch früher als in der zweiten Klasse der Oberstufe zur Beteiligung an demselben zu verpflichten. Auf diesen Punkt ist in dem Stundenplane entsprechend Rücksicht zu nehmen.

Benützte Literatur.

1. Bauer: Die Schularztfrage, München, Freistadts Verlag. (Volksschrift.)

2. Benda: Mass der Lehrpensen und Lehrziele an höheren Unterrichtsanstalten. Bericht über den Nürnberger intern. Schulkongress 1904.

3. Heinrich Berger: Schularztfrage für höhere Lehranstalten. 1904.

4. Blaschke: Siehe bei Tluchor.

5. Burgerstein: Gesundheitsregeln für Schüler und Schülerinnen aller Lehranstalten. Leipzig, Teubner, 1905. (Volksschrift.)

6. Thaddäus Dévidé: Die Nase als Ausgangspunkt von Gesundheitsstörungen. Zeitschr. für Volksschulwesen 1904-5, 10. u. 11. H.

7. Emma Eckstein: Die Sexualfrage in der Erziehung des Kindes. Leipzig, Modernes Verlagsbureau, 1904.

8. Havelok Ellis: Das Geschlechtsgefühl. Deutsch von Kurella. Würzburg 1903. Kapitel: „Entwicklung des Geschlechtstriebes" und über „Tanz" an diversen Stellen, insbesondere im Kapitel „Analyse des Geschlechtstriebes".

9. Ernst Epstein: Die Aufklärung der heranwachsenden Jugend über die Geschlechtskrankheiten. Bericht über den internationalen Kongress in Nürnberg 1904.

10. Sigmund Freud: Die Sexualität in der Aetiologie der Neurosen. Intern. Rundschau 1896.

11. Forel: Die sexuelle Frage. München, Reichart, 1905. Kapitel VIII: Sexuelle Pathologie. Kapitel XVI: Die sexuelle Frage in der Pädagogik.

12. Max Gruber: Hygiene des Geschlechtslebens 1905.

13. Dr. Heller, Wien: Beschäftigungstherapie bei geistig abnormen, schwachsinnigen Kindern.

14. Horst Käferstein: Ziele und Aufgaben eines Kinder-Jugendschutzvereines. Ref. Comenius-Blätter, 1905.

15. Karl Kopp: Das Geschlechtliche in der Jugenderziehung.

16. Ortmann: Siehe bei Sigmund.

17. J. J. Rousseau: Emil.

18. Schattenfroh: Die Schularztfrage. Monatsschr. f. Gesundheitspfl. 1902.

19. Frau Schmidt-Jäger: De l'éducation sociale de nos filles. Lausanne, Maison

du peuple, 1904. Referat darüber bei Forel.

20. F. Siebert: Ein Buch für Eltern. Band I: Den Müttern heranreifender Töchter. Band II: Den Vätern heranreifender Söhne, beide 1903. Band III: Wie sag ich's meinem Kinde, 1904. München, Seitz und Schauer.

21. Sigmund: Die Behandlung der sexuellen Fragen im naturkundlichen Unterricht. Vortr., geh. am 11. März 1905 im eVrein Mittelschule. Zeitschr. für österr. Gymnasien, 1905, 5. H. Ref. in Vereinsnachr. der „Mittelschule" 1905.

22. Alois Tluchor: Sexuelle Schulhygiene. Bericht über den 1. Kongress für Schulhygiene in Nürnberg 1904.

23. Wildermuth: Schule und Nervenkrankheiten. Ebendaselbst.

Auszüge aus der Journalliteratur.

Kirchner: **Alypin als Anästhetikum für die Sprechstunde.**

Verf. verwendet in der Sprechstunde ausschliesslich Alypin, und zwar 4%, obwohl bereits 2% für die meisten Fälle genügen würde zur Hornhautanästhesierung. Das Alypin hat dem Kokain gegenüber den Vorteil des rascheren Eintretens der Anästhesie, so dass bei Alypin das lästige Warten wegfällt. Während beim Kokain genügende Unempfindlichkeit erst nach mehreren Minuten erreicht ist, ist die Alypinanästhesie schon nach 1½ Minuten für die Sprechstundenfälle genügend stark. K. gibt nach ½ Minuten noch einen 2. Tropfen, bei injiziertem Auge nach weiterer ½ Minute noch einen 3. Tropfen. Während die Personalien rasch eingetragen werden, ist auch die Hornhaut schon zu dem Eingriff bereit. Die Anästhesie mit Alypin hat K. nie versagt. Verschiedene seiner Patienten, die er von früher als sehr empfindlich bei der Herausnahme von Fremdkörpern sich im Journal notiert hatte, hielten mit Alypin tadellos. Die schmerznehmende Kraft der 4% Alypinlösung war in diesen Fällen also grösser als die des Kokains, da er den Kranken von dem Wechsel des Mittels nichts gesagt hatte. Für die Kauterisation der Hornhautgeschwüre z. B. und Tätowierung, für Spaltung und Auskratzung der Hagelkörner eignet sich Alypin vorzüglich; man kann dasselbe auch subkutan und subkonjunktival verwenden. Das Brennen ist nicht schlimmer, wahrscheinlich wesentlich geringer als beim Kokain. Es scheint dies individuell etwas verschieden zu sein. Auf Pupille und Akkommodation hat K. bei den gebrauchten Dosen keinen Einfluss beobachtet. Wenige Minuten später sind alle Wirkungen des Alypins verschwunden. Ohne eine Spur der stattgehabten Behandlung verlässt der Patient das Haus. Alypin ist ferner weniger teuer wie das Kokain und weniger giftig, es lässt sich, ohne Schaden zu nehmen, kochen. Nach K. leistet also das Alypin alles, was wir von einem Anästhetikum für die Sprechstunde brauchen. Kokain verwendet er daher in der ambulatorischen Praxis nur noch zur diagnostischen Pupillenerweiterung. (Die opthalmol. Klinik, April 1906.)

Sidler-Huguenin (Zürich): **Ueber Spätresultate von 75 Augen, die wegen hochgradiger Myopie operiert wurden.**

Die Hoffnungen, die man auf die Phakolyse setzte, gingen leider nicht in Erfüllung, denn weder steht die Myopie nach der Operation still, noch bleiben die schweren Folgezustände derselben aus. Nach allen bisherigen Erfahrungen müssen daher viel strengere Indikationen für diese Operationsmethoden aufgestellt werden, als dies bisher der Fall war.

1. Darf die Phakolyse nicht mehr als Palliativum für das beständige Fortschreiten der Myopie und deren deletären Folgezustände empfohlen werden.

2. Sollte solchen Patienten, die sich für die Operation eignen, deutlich auseinandergesetzt werden, dass mit der Operation ein gewisses Risiko ver-

bunden sei. Auch darf man nicht vergesen, dass man hier an einem eventuell noch ganz gesunden Auge operiert, also nicht an einem, z. B. an grauem oder grünem Star erkrankten Auge, das durch die Operation meist nichts verlieren, sondern nur gewinnen kann.

3. Muss den Patienten gesagt werden, dass solche operierte Augen auch nach der Operation gleich wie vorher möglichst geschont werden müssen, damit die Sehkraft erhalten bleibt und allfällige Komplikationen ausbleiben. Die den hochgradigen myopischen Augen eigene Vulnerabilität verschwindet nämlich durch die Operation keineswegs.

4. Sollten nur solchen hochgradigen Myopen die Phakolyse empfohlen werden, die trotz Gläserkorrektion ihren Beruf nicht mehr ausüben können.

Betreffs der Frage, ob man ein- oder doppelseitig operieren soll, befürwortet Verf. die einseitige Operation. Denn in einigen Fällen von tiefgreifender Makulaerkrankung und nach Netzhautablösung wurde gerade das operierte Auge betroffen, so dass der Patient über das nicht operierte Auge glücklich war. Nie soll ein Auge operiert werden, wenn auf dem anderen Auge eine Netzhautablösung oder eine andere schwere Augenhintergrunderkrankung besteht, da wir wissen, dass Komplikationen disponieren. (Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte, 1906, ;fters beide Augen zu den gleichen No. 11.)

Referate und Bücheranzeigen.

Karl Weigert: **Gesammelte Abhandlungen.** Unter Mitwirkung von Ludwig Edinger und Paul Ehrlich herausgegeben und eingeleitet von Robert Rieder. Bd. I. und II., Berlin, 1906. Julius Springer.

Am 5. August werden es 2 Jahre, dass sich das Grab über Karl Weigert geschlossen; nunmehr liegen seine gesammelten Abhandlungen in zwei Bänden vor. Es waren nicht nur Freundschaftspflichten, welche die Herausgeber veranlassten, das Lebenswerk Weigert's vor uns aufzubauen; nicht nur sollte die wissenschaftliche Welt erfahren, was sie an ihm verloren; es handelte sich vor allem auch darum, die Ideen Weigerts als unabhängig von dem Kopf, dem sie entsprangen, als fortzeugend auch in der kommenden Generation von Forschern zu stabilieren. Als man einst Rokitansky an seinem 70. Geburtstage einen Fackelzug brachte, rief er den Studenten zu: „Die Jugend soll ihre Fackeln an dem Licht der Alten anzünden!“

Ein Lebensabriss von dem Treusten der Treuen, von Robert Rieder-Pascha, welcher in den 90er Jahren seine Nervenkraft für die Sisyphus-Aufgabe eingesetzt, unsere Kultur und unsere Wissenschaft an den Bosporus zu verpflanzen, leitet die Abhandlungen ein; wie mit Silberstift sind die menschlichen und wissenschaftlichen Seiten Weigerts gezeichnet; der Kenner des Verstorbenen, welcher in so vielen Dingen „rein wie ein Kind“ war, liest zwischen den Zeilen, was den Biographen bei der Niederschrift bewegte; nur W. Kühne hat einst bei der Schilderung Cohnheim's, W. His bei der von Miescher, von Lebenden E. v. Bergmann bei der unvergesslichen Rede auf Schimmelbusch den gleichen Ton der Freundschaft und der Trauer gefunden. Es hiesse ein Kunstwerk zerstören, wollten wir aus den Rieder'schen Seiten etwas herauszerren.

Otto Edinger, der zwei Jahrzehnte lang Zimmer an Zimmer mit Weigert gearbeitet, schildert die Verdienste um die Neurologie von der Eisenacher Naturforscher-Versammlung im Jahre 1882 an, auf der einst Haeckel und Virchow zusammenstiessen und wo Weigert seine

Markscheiden-Färbung zuerst demonstrierte, bis zu der letzten Veröffentlichung (August 1904) in Mendel's „Neurologischem Centralblatt" über die Kleinhirnveränderung bei Tabes dorsalis; Weigert hat der Neurologie das Werkzeug geschaffen, mit dem sie noch lange wird fortarbeiten können; er hat Klarheit in die Mehrzahl der neuropathologischen Prozesse gebracht, im speziellen der Theorie der Aufbrauchskrankheiten die Wege geebnet; seine Leistungen haben in der normalen Anatomie des Nervensystems den Ausgangspunkt für eine ganz neue Wissenschafts-Periode gebildet.

P. Ehrlich, den man wohl als den frühesten und zugleich als den bedeutendsten Schüler Weigert's bezeichnen kann, präzisiert dessen Bedeutung in der Histologie nach den Dominanten:

Rationeller Ausbau der Färbemethodik und

Nachweis der primären Gewebsschädigung,

Nachweis von Bakterien in der Pockenhaut.

In erster und zweiter Hinsicht hat er Koch und Ehrlich selbst vorgearbeitet; das hat Koch in der ersten Tuberkulinveröffentlichung ausgesprochen, wie auch Weigert selbst in seiner Bescheidenheit sich immer als den „Schreiblehrer" Kochs bezeichnet; die Seitenkettentheorie hat die Weigert'schen Lehren in sich aufgenommen.

Dass Weigert nicht nur Techniker, nicht nur Färber und Mikroskopiker, wen auch ein solcher allerersten Ranges gewesen, geht aus dem Torso hervor, der einen weiteren Teil des I. Bandes einnimmt. Es solllte das „biologische Testament" werden, und am 60. Geburtstage (1905) erscheinen; es umfasst 200 Druckseiten.

Lichtheim-Königsberg hob in seinem Nekrolog hervor, in der Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 27, dass Weigert, dem man die Dunkelheit seiner ersten Arbeiten vorgeworfen, in späteren Jahren ausserordentlich klar, ja hinreissend geschrieben. Referent hatte, als Weigert seine Frankfurter Naturforscher-Rede (1896): „Neue Fragenstellungen in der pathalogischen Anatomie" in kleinem Kreise vorlas, den gleichen Eindruck beim Anhören der Rede und hatte ihn auch bei der Lektüre des aus dieser Rede entstandenen nachgelassenen Werkes: „Versuch einer allgemeinen pathologischen Morphologie auf Grundlage der normalen"; nur ist es in Gedanken und Zielen weiter und tiefer geworden.

Berufenere Felern, vor allem solche, die in den wissenschaftlichen Werkstätten tätig sind, mögen weitere Goldadern des Torsos herausholen; die Nachwelt hat ja gerade Weigert gegenüber die Pflicht, gerechter und wohlwollender zu sein, als es die Mitwelt getan.

Dem Abschnitt: Bioplastik, welcher noch weitere sechs Aufsätze umfasst, folgt ein solcher: Pathologische Anatomie, mit fünfundzwanzig Abhandlungen.

Dre zweite Band ist durch mehr als fünfzig Arbeiten aus den Gebieten der pathologischen Histologie (Koagulationsnekrose und Entzündung) der Bakteriologie, der Neurologie, der Mikrotechnik, ausgefüllt.

Die Weigert-Bände sollten in keiner wissenschaftlichen Bibliothek einer deutschen oder ausländischen Universität, eines Institutes fehlen; die Zahl der Exemplare des prachtvoll ausgestatteten Werkes ist ja ohnehin eine beschränkte. Als Karl Lamprecht, der Leipziger Historiker, an die Grosszügigkeit seiner Freunde zur Gründung eines Fundus für eine universalgeschichtliche Bibliothek appellierte, kamen die nötigen Summen in Köln und Leipzig in wenigen Tagen zusammen. Lamprecht fügt hinzu (Americana: [Freiburg 1906] Vorwort): nicht blos in den Vereinigten Staaten erkennt Bildung und Besitz die Pflicht an, wissenschaftlichen Studien Fürsorge zu widmen." Wir werden das Andenken unserer wissenschaftlichen Grössen, zu denen unbestritten Karl Weigert zählt, am besten ehren, wenn wir ihre Geisteserzeugnisse verbreiten. Das sind lebende Denkmalsbauten.

B. Laquer-Wiesbaden.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 2. April 1906.

Präsident Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, und die Versammlung beschliesst, dasselbe anzunehmen.

Tagesordnung.

1. **Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten u. s. w.**

a) Dr. J. W. Gleitsmann: Ein Fall von **Laryngotomie wegen chronischer entzündlicher Hyperplasie.**

Herr Präsident, meine Herren! Ich stelle Ihnen diesen Patienten aus mehrfachen Gründen vor, 1) wegen der Meinungsverschiedenheit der ihn früher behandelnden Kollegen und der Schwierigkeit, die Diagnose definitiv festzustellen; 2) wegen der Wiederkehr der Geschwulst im Larynx und Trachea, nachdem sie als gutartig erkannt war; 3) wegen der mannigfachen nötigen Eingriffe, um dieselbe zu entfernen und die Luftwege offen zu erhalten.

Patient in den mittleren Jahren und von guter Konstitution kam auf meine Abteilung im Deutschen Hospital am 1. Mai 1904, und wurde mir seine frühere Krankengeschichte freundlichst von Dr. Danziger, der ihn in dem Deutschen Dispensary, und von Dr. Hoom, der ihn abwechselnd in seiner Office und im Spital behandelte, mitgeteilt. In dem Dispensary war er drei Monate unter Beobachtung und hatte anfangs ein kleines Geschwür am linken Taschenband, über dessen Natur Zweifel herrschte. Da die Untersuchung der Lungen negativ war, wurde Jodkali gegeben, und als Granulationen und Infiltration auftraten, submuskuläre Injektionen von salizylsaurem Quecksilber gemacht, jedoch ohne Erfolg. Anfangs April stellten sich plötzlich Heiserkeit und Husten ein und bekam er zunehmende Schmerzen bis zu seinem Eintritt im Hospital. Gewichtsverlust sowie andere Symptome waren nicht vorhanden.

Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine feste, diffuse Schwellung an der linken Larynxhälfte mit Beteiligung des Taschenbandes. Die Bewegungen der Stimmbänder waren zu dieser Zeit nicht beeinträchtigt. Die Entfernung eines kleinen Stückes der Geschwulst, wie dies auch schon von seinen früheren Aerzten gemacht war, ergab kein positives Resultat, und bei einem zweiten Versuch am 3. Mai fasste die Doppelkürette die Geschwulst so glücklich, dass sie in toto entfernt wurde. Am 5. Juni waren alle Erscheinungen verschwunden und Patient verliess anscheinend geheilt das Hospital. Die mikroskopische Untersuchung, welche Dr. Heitzmann so gefällig war, vorzunehmen, ergab eine chronische Infiltration mit Hyperplasie.

Als ich Mitte Oktober von meinen Sommerferien zurückkam, fand ich den Patienten wieder im Hospital und erfuhr, dass sich am 10. September dyspnöische Anfälle eingestellt hätten, die Stimme beträchtlich an Kraft und Reinheit eingebüsst und der Patient Gewicht verloren habe. Die Lungen waren wiederum gesund befunden worden. Als ich den Patienten definitiv am 29. Oktober übernahm, fand ich beträchtliche Veränderungen vor. Die frühere Geschwulst im Kehlkopf war nicht wiedergekehrt, aber die linke Hälfte blieb stationär, während Atmung und Intonation halbwegs zwischen Adduktion und Abduktion. Soweit der geringe Raum zuliess, war eine subkordale Schwellung sichtbar, die den Atmungsweg noch mehr beeinträchtigte.

Weniger als therapeutische Massregel, sondern um wo möglich einen besseren Einblick in die tieferen Regionen zu gewinnen, wurden zunächst Dilationsversuche der Glottis vorgenommen, zuerst mit einem stumpfen Dilatator, dann mit Schrötter's Hart-

gummiröhren in steigender Dicke. Anfangs gut vertragen, fand ich aber am 7. November den Patienten mit solcher Atemnot vorhanden, dass ich unverzüglich tracheotomierte. Er machte dann eine doppelseitige Pneumonie durch, von der er sich nach zwei Wochen erholte.

Um über das von mir nicht vermutete, jedoch von anderen Kollegen möglicherweise bestehende Vorhandensein einer Geschwulst in der Trachea ins Reine zu kommen, wurde untere Tracheoskopie vorgenommen und die Trachea frei bis zur Bifurkation vorgefunden.

Am 1. Dezember wurde mit freundlicher Assistenz von Dr. Kiliani und in Anwesenheit von Dr. Delavan die Laryngotomie gemacht. Der Schnitt erstreckte sich von der oberen Inzisur der Schildknorpelplatten, die durch eine Gigli-Säge getrennt wurde, bis zur Tracheotomie-Wunde. Die subkordale Schwellung wurde gründlich entfernt, und kleine, isolierte, verdickte Stellen in der Trachea exzidiert. Der Schildknorpel wurde mit Silberdrähten vereinigt, und wie sich später bei deren Entfernung herausstellte, genau in der vertikalen, aber nicht vollständig in der transversalen Richtung, worauf wohl die etwas rauhe Stimme des Patienten zurückzuführen ist. Es wäre vielleicht für späteren, grösseren Atmungsweg besser gewesen, auch das immobile linke Stimmband zu entfernen, aber da Patient sein Hauptgewicht auf Erhaltung der Stimme legte, wurde dies unterlassen.

Der weitere Krankheitsverlauf bietet nichts bemerkenswertes. Der erste Versuch am 20. Dezember, die tracheale Kanüle zu entfernen, wurde vom Patienten nicht vertragen, doch fünf Tage später wurde sie definitiv herausgenommen und die Wunde erlaubt, sich durch Granulation zu schliessen. Am 15. Januar 1906 wurde Patient mit einer kleinen Fistel aus dem Hospitale entlassen, die bald zuheilte.

Wie die Herren, die den Patienten untersuchen wollen, sehen werden, ist keine Geschwulst, keine Infiltration zu sehen, das linke Stimmband steht noch immer unbeweglich zwischen Abduktion und Adduktion, die Glottis ist deshalb etwas enger als normal, aber für gewöhnliche, praktische Zwecke bei Vermeidung von Anstrengung genügend weit, um keine Dyspnoe hervorzurufen, und seine Stimme ist laut, wenn auch etwas heiser.

b) Dr. Carl Beck: Fall von **Mamma-Exstirpation mit Modifikation der Schnittführung.**

Der Umstand, dass bei ausgedehnter Mammaexstirpation sehr häufig ein Defekt zurückbleibt, welcher dem Schicksal verfällt, sich durch Granulationsbildung auszufüllen, falls man nicht vorzieht, ihn durch eine additionelle Plastik zu decken, veranlasste mich mit der althergebrachten Routine, einen ovalen resp. elliptischen Schnitt anzulegen, zu brechen. Bei all den bekannten sonst so trefflichen Schnittmethoden beschränkt man sich nämlich darauf, die für die Deckung notwendige Haut mehr oder minder von oben und nur in geringem Grade seitlich herbeizuziehen, was ohne grosse Spannung nur -bei geringgradiger Hautexzision möglich ist. Dass unterhalb der Brustdrüse noch ein reiches Deckungsmaterial zur Verfügung steht, welches man sehr gut zu diesem Zweck verwenden kann, wurde meines Wissens bei der Ausübung dieser wichtigen Operation icht gewürdigt, obgleich der Gedanke nahe genug liegt. Zur Verwertung desselben entschloss ich mich, die Brustdrüse in Form eines Rechtecks ausgiebig zu umschneiden und die seitlichen Schnittlinien bedeutend zu verlängern. Nach innen hielt ich mich dem Brustbein parallel, während ich auf der äusseren Seite die obere Verlängerung dem Rande des grossen Brustmuskels entlang führte, ohne die Achselhöhle selbst zu berühren. Nach Entfernung des die Brustdrüse einschliessenden Rechtecks werden die Lappen von ihrer Unterlage emporgehoben und zurückgeschlagen, wodurch Schlüsselbein- sowohl als Achselhöhlengegend zugänglich gemacht werden. Man kann dann sowohl die verschiedenen Typen der Radikaloperation ausführen als die weniger eingreifenden, welche sich mit der Entfernung der Faszie und des oberen La-

gers des grossen Brustmuskels begnügen. Nach vollendeter Entfernung der Gewebe löst man nunmehr den unteren Lappen ebenfalls los, so dass man ihn weit nach oben verziehen kann. Obere und untere Lappenränder begegnen sich dann ohne Zug in der Mitte, wie es auf beiliegender Skizze ersichtlich ist. Vor sechs Wochen führte ich die Methode bei dieser 40jährigen Frau aus und zwar wegen eines von der Mamilla ausgehenden Skirrhus. Wie Sie sich überzeugen können, ist keine Spannung vorhanden und auch das Aussehen des Operationsfeldes ist weniger unschön, als man es sonst nach einer so ausgedehnten Exstirpation anzutreffen pflegt.

c) Dr. H. Fischer: Fall von **Sinusitis frontalis et ethmoidalis, operiert nach Killian.**

d) Dr. J. W. Gleitsmann: Fall von **Erkrankung des Frontalsinus, nach Killian operiert.**

Im Anschluss an den schönen Fall von Kollege Fischer stelle ich Ihnen einen zweiten vor, bei dem allerdings das kosmetische Resultat nicht so absolut tadellos ist, was seinen Grund in einer vorhergegangenen anderen Operation hat, bei dem aber das Resultat in Bezug auf Heilung des Leidens nichts zu wünschen übrig lässt.

Patient leidet seit Mitte Februar 1905 an heftigen, bohrenden Schmerzen in der rechten Stirngegend, die im Sommer nachliessen, im Winter aber wiederkehrten und auf seine geistige Stimmung, seine Arbeitsfähigkeit sehr ungünstig einwirkten.

Am 5. Oktober 1905 ins Deutsche Hospital aufgenommen, zeigte das Röntgenbild, das ich Ihnen zur Ansicht herumreiche, eine lateral sehr ausgedehnte Stirnhöhle. Ich hoffte, durch eine Ogden'sche Operation die Stirnhöhle reinigen zu können, führte auch durch den nasofrontalen Kanal einen Tampon nach unten und schloss die Wunde, die auch primär verheilte. Doch zeigte sich bei seiner Entlassung am 19. Dezember, auf welche der Patient drang, eine kleine Fistel in der Mitte der Wunde, die, da sie nicht zu sezernieren aufhörte, ihn am 15. Januar wieder ins Hospital brachte, wo zwei Tage später die Radikaloperation nach Killian vorgenommen wurde. Doch wurde diesmal die Stirnwunde nicht primär vernäht, um den Heilungsvorgang beobachten zu können, und dies am 27. Januar vorgenommen. Am 10. Februar wurde Patient geheilt entlassen, und nach seiner Angabe, wie auch bei Untersuchung findet keine Sekretion statt.

Die leichte Einsenkung in der Supraorbitalgegend ist bei seinen starken Augenbrauen kaum bemerkbar und kann im Notfall auch durch eine Paraffininjektion beseitigt werden.

Ich zeige Ihnen auch zwei Tafeln mit 4 Zeichnungen, welche die Killian'sche Operation bildlich darstellen, und zwei Gipsabdrücke, nach Angabe von Dr. Killian angefertigt, einer die einfache, der andere seine Radikaloperation plastisch demonstrierend.

Diskussion. Dr. Ernst Danziger: Ich war nicht zugegen, als Dr. Gleitsmann den Fall von Laryngotomie zeigte. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass, wenn augenblicklich Unbeweglichkeit der linken Kehlkopfhälfte besteht, dieselbe schon vor der Operation bestanden hat und nicht das Resultat der Operation ist.

Dr. W. Freudenthal: Die beiden Fälle, die vorgestellt wurden, haben ein sehr gutes kosmetisches Resultat, besonders der Fall der jungen Dame. Wie das Endresultat sein wird, weiss man nicht. Ich erinnere mich eines Herrn, den ich vor 3—4 Jahren operiert habe; derselbe hat eine tiefe Grube behalten. Er war 60 Jahre alt und Luetiker. Vor einem Jahr habe ich eine Dame operiert, die 70 Jahre alt war und bei der man kaum so viel sieht, wie bei dieser jungen Dame hier. Allerdings kann man das kosmetische Resultat nicht vorhersagen. Das hängt von sehr vielen kleineren und grösseren Umständen ab. Wie die beiden Herren gesagt haben, ist das wichtigste bei dieser Operation das Erhalten der Brücke. Obwohl es viel Mühe kostet, dieselbe zu erhalten, bemühe ich mich jedesmal, das zu tun. Wenn es aber durch irgend welchen Zufall nicht gelingt, mache ich mir deswegen keine Sorge. Die Hauptsache ist, dass

man das Periost möglichst intakt erhält und zurückschiebt. Dann heilt es auch so schön aus. Man bekommt auch da in manchen Fällen ganz gute kosmetische Resultate. Ich weiss nicht, ob Dr. Rose sich des Falles entsinnt, den ich für ihn operiert habe. Der junge Mann hatte ein sehr gutes Resultat und bei ihm wurde durch Zufall der grösste Teil dieser Brücke entfernt.

Dr. Gleitsmann erwähnte die Niedergedrücktheit bei diesem jungen Mann. Eine grosse Anzahl meiner Fälle zeigte auch ausgesprochene cerebrale Symptome. Ich habe mehrere Fälle beschrieben und in der Zwischenzeit wieder eine Anzahl solcher Patienten operiert. Erst vor kurzem kam mir ein Fall zur Beobachtung, der in Deutschland von zwei ganz hervorragenden Laryngologen operiert worden war. Der eine war Professor Kuhnt. Er ist ein so hervorragender Mann und hat so Hervorragendes auf diesem Gebiete geleistet, dass man ihm keinen Schaden zufügt, wenn man seinen Namen hier nennt. Der Fall war nach der Kuhnt'schen Methode zuerst operiert worden und dann nach der Killian'schen. Der Patient kam in mein Zimmer und bot ein so vorgeschrittenes Bild der Eiterung dar, dass man gar nicht wusste, wo eigentlich die Quelle der Eiterung war. Während er bei mir sass, floss der Eiter aus Nase und dem noch offen gelassenen Sinus maxillaris. Es stellte sich heraus, dass sämtliche Nebenhöhlen affiziert waren. Es war ein derartig vorgeschrittenes Bild, wie man es nur selten zu Gesicht bekommt. Der Herr wohnt im Westen, und ich schlug ihm vor, sämtliche Nebenhöhlen noch einmal radikal operieren zu lassen. Das wollte er aber nicht. Es waren massenhafte Granulationen im rechten Antrum vorhanden, auf beiden Seiten im oberen Nasengang, und als diese ausgekratzt waren und ich ausserdem die rechte Stirnhöhle von innen mehr eröffnet hatte, war die Eiterung etwas leichter geworden. Ob es aber nicht doch zur Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen kommen wird, kann man nicht sagen. Jedenfalls schwebt der Mann in Gefahr, und es ist ganz gegen mein Anraten, dass er die weite Reise nach dem Westen unternommen hat.

Dr. Max Heimann: Im Anschluss an das, was Dr. Freudenthal gesagt hat, möchte ich die Krankengeschichte dieser jungen Dame geben. Sie bietet eine Krankengeschichte, so lang wie sie Jahre zählt. Im Alter von 3 Jahren machte sie Scharlach durch. Die folgenden Jahre waren von einer Reihe von Operationen angefüllt. Auf dem einen Ohr ist sie, soviel ich weiss, dreimal, auf dem anderen viermal operiert worden. Trotzdem verschlimmerte sich ihr Zustand. Kurz nach meiner Uebersiedelung nach Amerika kam die Dame, da sie eine Freundin von mir ist, zu mir, und ich stellte im rechten und linken Ohr und in der Nase starke Sekretionen fest. Es war mir klar, dass es sich um einen Fokus handelte, der in der linken Nase sass. Nach Wegnahme der linken Muschel zeigte sich ein typischer Ausfluss. Die Patientin klagte auch über starken Kopfschmerz und Schwindel, wenn sie auf der Car fuhr. Ich bohrte die Kieferhöhle an und entfernte ein grosses Empyem. Am 4. Tage nach der Operation lief die Flüssigkeit fast rein ab. Nachdem ich den Eiter auf der rechten Seite entleert hatte, dachte ich, dass die rechtsseitige Ohreiterung aufhörte. Dem war aber nicht so. Es hatte sich eine sogenannte Tubeneiterung etabliert, und ich behandelte sie nun in derselben Weise, wie man gewohnt ist, chronische Infiltration der Urethra zu behandeln. Nach 6 Wochen hatte die Tubereiterung aufgehört. Inzwischen bildete sich am linken Ohr eine Fistel. Die Radikaloperation deckte einen von der ersten Operation herrührenden Defekt auf. Die Patientin genas davon in 3 Monaten. Trotzdem hörten die starken Schmerzen und Schwindelerscheinungen nicht auf. Da das rechte Ohr sich in einem Zustand befand, der die Operation an sich notwendig machte, so machte ich die Radikaloperation auf dem rechten Ohr, und die Patientin genas davon.

Sie sehen hier eine Patientin vor sich, die keine Spur von Trommelfell, Hammer und Ambos und vom Steigbügel nur die Fussplatte hat. Trotzdem ist ihr Hörvermögen so gut, dass man ihr kaum anmerkt, dass sie schwerhörig ist. Sie verstärkt das Hörvermögen dadurch, dass sie Watte in das linke Ohr steckt.

Was die Stirnhöhle betrifft, so wollte ich deshalb nicht operieren, weil ich annahm, wir hätten mit einer ausnahmsweise grossen Stirnhöhle zu tun. Ich bat Dr. Fischer, die Operation auszuführen, und Sie sehen den guten Erfolg. Das gute Resultat ist dem Umstand zu danken, dass wir es mit einer kleinen Stirnhöhle zu tun haben. Nach der Operation sind die cerebralen Symptome langsam zurückgegangen. Die Patientin hat keine Kopfschmerzen mehr, oder sie treten wenigstens nicht mit Heftigkeit auf. Die Nase ist absolut trocken.

2. Vorträge.

a) Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag von Dr. Carl Beck **„Ueber Bildung und Zusammensetzung der Gallensteine, nebst einigen Gesichtspunkten des Röntgenverfahrens und der Behandlung."**

Dr. L. Weber: In der Vorbereitung für die Diskussion dieses Themas vor einigen Wochen ging ich an die Durchsicht meines Materials, das sich über eine lange Reihe von Jahren erstreckt, und aus diesen Diskussionsgedanken wurde allmählich eine grössere Arbeit, die ich vorhabe, vor einer anderen Gesellschaft vorzutragen. Gestatten Sie mir heute abend, hier einen Auszug derselben zu geben mit den Schlussfolgerungen, die aus einer Reihe von mehr oder weniger interessanten Fällen hervorgehen. (S. Originalarbeit in dieser Nummer.)

Dr. A. Rose: Ich habe eine Ueberraschung für Sie. Dr. Beck und verschiedene Herren, die sich an der Diskussion über die Aetiologie der Chololithiasis beteiligt haben, sprachen von einem 3. Kausalmoment, einem Tertium, wie Dr. Beck es nannte, das noch nicht gefunden sei; ausser der Stauung und den Bazillen müsste es noch ein drittes Moment geben. Ich glaube, ich kann Ihnen von dem dritten Moment etwas sagen.

Dr. G. Mannheimer: Dr. Weber hat die Karlsbader Kur im Hause angeführt, und ich möchte bei dieser Gelegenheit mitteilen, wie die Karlsbader Kur in der Strassburger Klinik unter Naunyn routinemässig durchgeführt wurde, weil ich weiss, dass das nicht allgemein bekannt ist. Die Patienten bekommen zunächst gemischte Kost. Früher wusste man nicht, was man den Kranken zu essen geben sollte. Natürlich müssen sie Speisen vermeiden, die ihnen erfahrungsgemäss nicht bekommen, und ausserdem folgende Artikel: Fette, stark gewürzte und blähende Speisen, wie Hülsenfrüchte, Kohl, Sauerkraut, schwere, süsse Mehlspeisen, rohes Obst, Salate, Bier und Champagner. Die Patienten bekommen drei grössere Mahlzeiten: um 7 Uhr morgens, 1 Uhr nachmittags und 7 Uhr abends — die 1 Uhr Mahlzeit ist die Hauptmahlzeit. Sie legen sich dann 3 Stunden vormittags und 3 Stunden nachmittags zu Bett, von halb 9 bis halb 12, und von 3 bis 6, und während dieser Zeit machen sie grosse heisse Kataplasmen auf die Lebergegend, die häufig zu welchseln sind. Während sie so daliegen, trinken sie heisses Karlsbader Wasser in Dosen von ca. 4 Unzen, entweder das natürliche Karlsbad oder das mit Karlsbader Salz künstlich hergestellte. Sie trinken es so heiss wie möglich in kleinen Schlücken, mit Pausen von ¼ Stunde nach jeder Dosis, so dass sie im Laufe des ganzen Tages mindestens ein Liter heisses Wasser zu sich nehmen. Man führt diese Behandlungsmethode am besten nach dem Abklingen eines Kolikanfalles auf 4 Wochen im Hause durch. Es bedarf dazu einer gewissen Standhaftigkeit von seiten des Patienten. In den ersten Wochen ist strikte Befolgung des Regimes nötig, später lässt man allmählich etwas nach. In der Strassburger Klinik und in meiner Praxis habe ich oft genug auf diese Weise Gallensteine abgehen sehen. Ich erlaube mir zum Schluss Ihnen die folgenden Abbildungen aus Naunyn's „Klinik der Cholelithiasis" her-

umzureichen, weil ich weiss, dass manche von Ihnen sie noch nicht kennen. Es sind Schnitte von durchgesägten Gallensteinen. Ich habe mich oft darüber gewundert, dass man hierzulande, wo so viele Gallensteine aus Patienten herausgeschnitten und gezeigt werden, so selten Schnitte von Gallensteinen zu sehen bekommt, aus denen man die wunderbare Struktur dieser Gebilde erkennen kann.

Dr. Carl Beck (Schlusswort): Ich möchte vor allem den Herren dafür danken, dass Sie mich so manches Interessante haben hören lassen. Ich hätte vielleicht noch manches zu sagen, wäre die Zeit nicht so vorgeschritten. Immerhin kann ich mir nicht versagen, Herrn Kollegen Weber zu seinem wunderschönen Gallenstein zu gratulieren. Ich beneide ihn tatsächlich darum. Ferner möchte ich berichten, dass ich vor wenigen Tagen eine Frau im St. Mark's Hospital operierte, die mir wegen vermeintlicher Appendizitis zugeschickt worden war. Der Gedanke kam mir nicht, dass es sich um eine durch Gallenstein hervorgebrachte Entzündung handeln könnte, welche eine vergrösserte, wurstförmig in die Darmbeingrube ragende Gallenblase erzeugte. Ich schnitt in der Wurmfortsatzgegend ein und fand daselbst eine bis ins Becken verlängerte Gallenblase, verwachsen mit Koekum und Appendix. Das ist ein Zustand, den ich in solcher Prägnanz noch nie vorher gesehen hatte. Was besonders interessieren mag, ist, dass die Leber wieder etwas höher hinaufstieg, nachdem diese Verwachsungen getrennt waren, während vorher die Gallenblase unterhalb des McBurney'schen Punktes zu finden gewesen war. Die Frau befindet sich wohl. Ich werde den Fall noch weiter beobachten und Ihnen weitere Aufschlüsse darüber geben. Ich nehme an, dass bei einer früheren Cholecystitis, welche den Gallenblasenfundus tief herabsteigen liess, eine zirkumskripte Peritonitis entstanden war, als deren Folge sich Adhäsionen am Blinddarm bildeten, welche die Gallenblase nun, nachdem die Entzündung abgelaufen war, nach unten festhielten und damit indirekt einen beständigen Zug auf die Leber ausübten.

Dr. H. Riedel: Ich habe beobachtet, dass deutsche Autoren häufig den klinisch wichtigsten Bestandteil von Gallensteinen *Cholestearin*. nennen. Dieser Name ist unrichtig. Chevreul, ein Akademiker, der jenen mit Stearin verwandten, aber nicht identischen Stoff zuerst dargestellt hat, hat ihm den Namen *Cholesterin* gegeben, und Littré, der grösste Philologe, den die Medizin der Neuzeit zu den ihrigen zählt, warnt ausdrücklich vor *Cholestearin*.

b) Dr. Max Einhorn: **Bemerkungen zu Sahli's Desmoidreaktion des Magens.**

Prof. Sahli hat i. J. 1905 eine neue Methode angegeben, um den Inhalt des Magens zu prüfen, und zwar ohne die Sonde zu brauchen. Seine Methode besteht darin, dass man Methylenblau oder eine andere Substanz, die man später erkennen kann, in eine Gummisäckchen einhüllt und dieses mit Katgut fest zubindet. Wenn das Katgut sich im Magensaft auflöst, so kann dann das Methylenblau zur Aufnahme kommen und wird im Urin ausgeschieden und so erkannt. Nach seiner Annahme könnte das Katgut nur im Magen verdaut werden, und wenn also Methylenblau im Urin erscheint, so soll das beweisen, dass Magensaft vorhanden ist. Wenn aber kein Methylenblau nach 8—15 Stunden erscheint, dann ist kein Magensaft da.

Das Prinzip der Methode gründet sich darauf, dass das Katgut, was von anderen auch früher behauptet worden ist, nur im Magen verdaut wird, nicht aber im Darm. Ich war früher auch derselben Ansicht. Letzthin bemerkte ich jedoch, dass Katgut bei Leuten, die keinen Magensaft haben, aber gute Darmverdauung, verdaut wird. Infolge dessen schien es, dass die Methode von Sahli nicht anwendbar sein würde. Ich habe nun bei Personen mit Achylia gastrica diese Methylenblaukapseln nach Sahli's Vorschrift gegeben und gefunden, dass bei dreien die Probe pünktlich auftrat, bei einem Patienten sogar nach 4 Stunden.

Die Methode von Sahli ist auf

mehreren Kliniken Europas in Berlin und München nachgeprüft worden, und alle waren mit ihm darin einverstanden, dass sie sehr gut arbeite, und ein Kliniker wollte sogar aus der Schnelligkeit der Reaktion schliessen, ob zuviel Magensaft da war, ob normal oder zu wenig. Aber Sie sehen, dass die Reaktion auch bei Achylia gastrica, wo keine Spur von Magensaft vorhanden ist, vorgefunden wird. Ich stehe infolgedessen nicht an, zu sagen, dass die Methode, wie sie jetzt besteht, nicht anwendbar ist und dass man gar keine Schlüsse daraus ziehen kann.

Dr. M. I. Knapp: Ueber diese Reaktion ist sehr wenig zu sagen. Sie ist eben nicht entscheidend: ob die Substanz verdaut oder nicht verdaut wird, es lässt sich nichts daraus erfahren. Deshalb möchte ich es gern sehen, dass die Kollegen, die sich mit diesen Fällen speziell beschäftigen, doch einmal anregten, dass die Schlauchuntersuchung allgemein werden soll. Wir können keine Diagnose machen ohne Schlauch, und alle diese verschiedenen Methoden, die angegeben werden, den Schlauch zu vermeiden, resultieren eben in „guess work." Ob wir es überhaupt mit einer Affektion desMagens zu tun haben, davon kann man durch diese Methode nichts erfahren. Wir müssen unbedingt den Schlauch einführen, wenn wir den Magen untersuchen wollen.

Dr. B. S. Talmey: Ich möchte Dr. Einhorn fragen, wie er es sich erklärt, dass die Herren in Berlin und München, die so viele Versuche gemacht haben, zu dem entgegengesetzten Schluss kommen wie er selbst.

Dr. Max Einhorn: Sahli hat selbst bemerkt, dass bei einigen Patienten, bei denen er keinen Magensaft fand, eine Reaktion eintrat. Das fiel ihm auf. Auf der einen Seite, sagte er, kommen Fälle vor, wo das Probefrühstück ein Fehlen freier Salzsäure ergibt und die Verdauung sich doch bei der Desmoidprüfung als suffizient erweist, und auf der anderen Seite gibt es auch Fälle, wo die Verdauung bei Desmoidprüfung insuffizient erscheint, obwohl bei dem Probefrühstück freie Salzsäure gefunden wird. Er dachte daher an die Möglichkeit, dass die Desmoidprobe mit einem prinzipiellen Fehler behaftet sei. Er konnte aber keinen solchen finden, und ich bin zu der Ueberzeugung gelangt, dass gerade umgekehrt die Abweichungen und scheinbaren Widersprüche eine deutliche Illustration der Mangelhaftigkeit unserer bisherigen Methoden bilden.

Sahli erklärt sich die Sache so: Er meint, dass die Probeuntersuchung darin besteht, dass man eine Mahlzeit gibt und dann den Schlauch einführt, dass dadurch die Aufmerksamkeit des Patienten abgelenkt und event. zu wenig Saft abgeschieden wird. Andererseits denkt er auch, dass bei dem Probefrühstück manchmal nicht genügend Saft da zu sein braucht, aber doch ein solcher vorhanden ist. Deshalb dachte er, dass die Desmoidprobe die Verdauung doch anzeigt und richtig ist. Ich habe auch dies dadurch widerlegt, dass ich einem Patienten, der auch Achylia gastrica hatte, nach einem gewöhnlichen Mittagsbrot die Kapsel gegeben habe und ihn etwa 4 Stunden nach diesem Probemittagessen mit dem Schlauch untersucht habe, und ich fand, dass der Mageninhalt vollkommen neutral und dass keine blaue Reaktion im Mageninhalt vorhanden war. Eine halbe Stunde später war der Urin blau, also die Kapsel kann sich nicht im Magen geöffnet haben, denn es war nichts Blaues da; andererseits muss aber die Kapsel sich weiter unten im Darm geöffnet haben, denn sonst wäre kein Methylenblau im Urin da. Das war ein deutlicher Beweis dafür, erstens dass die gewöhnliche Prüfung ganz gut zeigt, ob ein Magen Magensaft enthält oder nicht, und zweitens, dass da, wo keine Spur von Magensaft da ist, der Darmsaft allein genügt, um das Katgut aufzulösen.

Dr. A. Lorand: **Entstehen von Stoffwechselkrankheiten nach Veränderung gewisser Blutgefässdrüsen.**

(Der Vortrag wird in der nächsten Nummer ds. Monatsschr. in extenso veröffentlicht werden.)

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Es ist sehr schade, dass in Anbetracht der vorgeschrittenen Zeit eine Diskussion

des Vortrags ausgeschlossen ist. Es bleibt mir nur noch die grosse Freude übrig, Herrn Dr. Lorund für seinen herrlichen Vortrag im Namen der Gesellschaft herzlich zu danken.

Ich habe Ihnen mitzuteilen, dass die Herren Dr. E. Krug und Dr. Joseph Merzbach als Mitglieder aufgenommen sind. Die Herren Drs. A. M. Renner und M. Hymanson haben resigniert. Vorgeschlagen zu Mitgliedern sind die Herren Drs. S. J. Kopetzky, Max Bracker, B. Livingston und E. W. Dittrich.

Ein Vorschlag zur Veränderung der Nebengesetze wird behufts endgiltiger Abstimmung auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung gesetzt.

Schluss der Sitzung nach 11 Uhr.

Dr. John A. Beuermann,
Sekretär.

Therapeutische und klinichse Notizen.

— *Spiroform bei rheumatischen Affektionen.* Spiroform hat die chemische Zusammensetzung $C_{15}H_{12}O_4$ und ist ein weisses krystallinisches Pulver von schwach saurem Geschmack; es löst sich teilweise in kaltem Wasser, gänzlich in heissem Wasser, in Alkohol und Aether. Dr. Henry P. Hirsch vom Mount Sinai Dispensary in New York empfiehlt das Mittel sehr warm für die innerliche Behandlung rheumatischer Affektionen an Stelle der Salicylsäure und deren sonst üblichen Verbindungen. Er gibt 12 mit Spiroform behandelte Fälle bekannt, bei denen dasselbe eine vorzügliche Wirkung entfaltete, ohne die geringsten unangenehmen Nebenwirkungen hervorzurufen. Die Tagesdosis beträgt von 2,5 bis 3,5 g, die in Einzelndosen von 0,5 alle 2—3—4 Stunden verabreicht werden. Spiroform wird erst im Darme durch den Pankreassaft in seine Bestandteile zerlegt. Das Spiroform ist ferner bestimmt, an Stelle des nicht ganz von unangenehmen Nebenwirkungen freien Genoforms zu treten. (The Mobile Medical and Surgical Journal, Feb. 1906.)

Kleine Mitteilungen.

— Das Reichs-Arbeitsblatt veröffentlicht als ersten Beitrag zur Alkoholfrage einen Aufsatz über den *Verbrauch von Branntwein, Bier und Wein seit* 1885 *in Deutschland* und anderen Kulturstaaten. Daraus ist u. a. zu ersehen, dass in Deutschland 1899 bis 1903 der jährliche Verbrauch von Wein 5,82 Liter, Bier 123,4 Liter und Branntwein 8,52 Liter im Durchschnitt pro Kopf der Bevölkerung betragen hat. Unter der herkömmlichen Zugrundelegung eines Preises von 1 M. für 1 Liter Wein, von 0,30 M. für 1 Liter Bier und 0,50 M. für 1 Liter Trinkbranntwein stellt sich der jährlich pro Kopf der Bevölkerung gemachte Aufwand wie folgt: Ausgabe für Wein 5,82 M., für Bier 37,02 M., für Branntwein 4,26 M., zusammen 47,10 M. Bei einer Gesamtbevölkerung von 60 Millionen ergibt dieser Betrag eine jährliche Ausgabe für alkoholische Getränke von 2826 Millionen Mark. Bei dem Kopfanteil von 47,10 M. sind aber Säuglinge, Kinder, Mädchen, Frauen, Kranke, Sieche, Greise etc. mitgerechnet. Zieht man in Rechnung, dass jener Gesamtaufwand von 2826 Millionen Mark in der Hauptsache von den männlichen Einwohnern im Alter von mehr als 15 Jahren aufgebracht und verbraucht wird, so ergibt sich für jeden erwachsenen Mann eine jährliche Ausgabe für alkoholische Getränke von rund 157 M. Eine jährliche Ausgabe von fast drei Miliarden Mark für alkoholische Getränke macht ebenso viel aus wie die gesamteR eichsschuld, dreimal soviel wie der Aufwand für die Unterhaltung von Heer und Flotte, sechsmal so viel wie die Jahresausgabe der gesamten Arbeiterversicherung und siebenmal so viel wie die Aufwendungen für die öffentlichen Volksschulen. (Deutsche med. Wochenschr., 1906, No. 13.)

— Wir machen unsere Leser auf die Anzeige der bekannten Firma M. J. Breitenbach Company (Gude's Pepto-Mangan) aufmerksam, gemäss welcher dieselbe sich erbietet, jedem Arzte auf seinen Wunsch und bei gleichzeitiger Erwähnung ds. Monatsschrift eine künstlerisch in Farben ausgeführte

bakteriologische Wandtafel unentgeltlich und portofrei zu übersenden. Wir kennen die betr. Tafel aus eigener Anschauung und müssen sagen, dass dieselbe es in jeder Beziehung wert ist, dass die Herren Kollegen von dem dankenswerten Anerbieten der genannten Firma Gebrauch machen.

— *Der Alkohol in München.* Am 24. Februar d. J. hielt Professor Kraepelin im ärztlichen Vereine zu München einen Vortrag über den „Alkohol in München". Er teilte mit, dass unter 1373 im Jahre 1905 auf die psychiatrische Klinik Aufgenommenen 30 Prozent der männlichen und 5.6 Prozent der weiblichen Kranken infolge Alkoholmissbrauches erkrankt waren. Man kann drei Gruppen unterscheiden: in der ersten ist eine einmalige akute Alkohol-Vergiftung die Ursache, in der zweiten kommt zu dem schweren Rausche eine mässige chronische Alkohol-Vergiftung, in der dritten besteht blos schwerer chronischer Alkoholmissbrauch. Unter den Ledigen ist die akute, unter den Verheirateten die chronische Vergiftung häufiger.

45.6 Prozent der geisteskranken Alkoholiker waren keine oder minderwertige Arbeiter gewesen. Die Hauptrolle spielt das Bier, in 40 Prozent der Fälle kam noch Schnaps dazu; Bier erzeugt alkoholischen Schwachsinn. Von sehr ungünstigem Einflusse ist der Alkohol auf die Arteriosklerose; die Schlaganfäle in jüngeren Jahren sind meistens durch ihn verschudet. Alkohol begünstigt auch die progressive Paralyse, die man bei abstinent lebenden Völkern fast gar nicht findet. Syphilitisch Infizierte sollten unbedingt abstinent leben.

Im ersten Halbjahr 1905 betrugen die Auslagen der psychiatrischen Klinik für Alkoholiker 10,000 Mk.

Zur Verhütung des Alkoholmissbrauches empfiehlt Kraepelin Ausstellung graphischer Darstellung der Alkoholschäden, die allen Volksschichten leicht zugänglich sein müssten; die Schulen müssen sich in den Dienst der Alkoholbekämpfung stellen, die Aerzte sollen die Schulen darin unterstützen. Aus allen ärztlichen Anstalten muss der Alkohol als Genussmittel verschwinden. Es müssen hinreichend viel Trinkerheilstätten errichtet werden, deren es in der Schweiz 12, in Bayern keine einzige gibt. Wenn es keinen Alkohol gäbe, hätten die psychiatrischen Kliniken nur die Hälfte ihres jetzigen Krankenzuwaches. Mit allen Kräften müsse Jeder zur Lösung dieser dringendsten und dankbarsten Aufgabe der Volkshygiene tragen.

— *Die Abstinenz in Irrenanstalten.* Auf der Psychiaterversammlung beim X. Internationalen Kongresse gegen den Alkoholismus referierte Direktor Delbrück (Bremen) über das Ergebnis einer Umfrage bei den Irrenanstalten des deutschen Sprachgebietes, die sich auf das Verhältnis dieser Anstalten zum Alkohol bezog. Von 173 versendeten Fragebogen wurden 136 beantwortet. In 30 Anstalten, d. i. 17 Prozent der Befragten, bekommt kein Patient Alkohol; 92 geben den Alkoholikern keine geistigen Getränke, wohl aber gelegentlich anderen Patienten; in 14 Anstalten bekommen alle Kranken, auch die Alkoholiker, Alkohol.

Unter den 30 Anstalten, die in Bezug auf die Patienten abstinent sind, gibt es 10, in denen abstinente Aerzte, und 2, in denen alle Anstalsärzte abstinent sind. Das Wartepersonal ist in 8 Anstalten abstinent; aber in 18 Anstalten bekommt das Pflegepersonal und in 11 überhaupt kein Angestellter Alkohol von der Verwaltung. In 10 Anstalten ist die Küche, in anderen 10 die Apotheke alkoholfrei.

Unter den 92 als „mässig" bezeichneten Anstalten gibt es 15 mit abstinenten Abteilungen, 14—17 mit abstinenten Aerzten, 17—22 mit abstinenten Pflegern, 5—10 mit abstinenten Aerzten und Pflegern. In vielen werden geistige Getränke nur ausnahmsweise verabreicht, in manchen nur Dünnbier. In 9 dieser Anstalten bekommt das Personal keine geistigen Getränke, in 16 ist die Apotheke, in 1 die Küche alkoholfrei.

In 35—36 Prozent aller Anstalten, in denen überhaupt geistige Getränke verabreicht werden, wird den Patienten nur Bier und zwar meistens nur obergähriges Bier gegeben.

Delbrück kommt zu dem Schlusse, dass zwar die Irrenanstalten noch weit entfernt davon sind, den für die Behandlung Geisteskranker und besonders alkoholischer Geisteskranker aus psychologischen Gründen einzig richtigen Standpunkt der Totalabstinenz für die ganze Anstalt einzunehmen, dass aber das Verständnis für die Frage allenthalben erwacht ist und sich die meisten Anstalten auf dem richtigen Wege befinden. Die Abschaffung des Dünnbiers, der Bier- und Weinsuppen sollte möglichst bald durchgeführt werden. Unter den Aerzten und dem Pflegepersonale wird der Abstinenzbewegung durch die schon jetzt enthaltsamen Irrenärzte immer grössere Verbreitung verschafft werden.

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, Juni 1906. No. 6.

Ueber private und öffentliche Badeeinrichtungen in den Vereinigten Staaten.*

Von Dr. B. Laquer, Wiesbaden.

Das Studium der Temperenzfrage in den Vereinigten Staaten im Auftrage der Gräfin Bose-Stiftung (Berl. Mediz. Fakultät), sowie das Studium des September-Berichtes 1904 des Nordamerikanischen Arbeitsamtes zu Washington, das etwa unserem „Reichsamt des Innern" zu vergleichen ist und welcher neben einer weitzügigen Abhandlung über Arbeiterhaushaltungen, Arbeiterwohnungen, letzere soweit sie von Unternehmern errichtet worden sind, auch eine solche von Dr. Hanger über „Oeffentliche Bäder in den Vereinigten Staaten" enthält, brachte mich neben den inzwischen erschienenen höchst anregenden Sombart'schen Studien**) über Amerika's Lohnarbeiter obigem Thema entgegen.

Es ist ja auch klar, dass die Frage, ob die amerikanischen Lohnarbeiter in toto weniger Alkoholika pro Kopf geniessen als die deutschen, weiter zu der Erörterung der Ursachen (allgemeine und spezielle Lebensführung, seelische Einflüsse, Sport), kurz zu dem, was man standard of life nennt, führen musste, sowie zu denjenigen werktätigen Einrichtungen sozial-hygienischer Art, denen unsere heutige Tagung gilt.

Ich will zuerst an der Hand des amerikanischen Berichtes über die privaten Badeeinrichtungen in den Lohnarbeiterschichten Nordamerikas sprechen.

Auf Grund dieser Statistik hatten 1887 in 18 Städten ein Viertel der bewohnten Mietshäuser Wannenbäder, ebenso ein Viertel der Bostoner Mietshäuser 1892. Es hatten ferner von den natürlich nur in Stichproben untersuchten „Slums" (die Zahlen der Proben s. unten) also in den schlimmsten dichtbewohnten Vierteln von

New York, wo....ca. 360,000 Personen
Chicago, wo.....ca. 162,000 "
Baltimore, wo.....ca. 25,000 "
Philadelphia, w.o..ca. 35,000 "

in Slums hausen

3¼% in Chicago (untersucht wurden nur 20,000 Personen umfassende Slums),

6½% in New York (untersucht wurden nur 29,000 Personen umfassende Slums),

*) Nach einem Vortrage, gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Errichtung öffentlicher Bäder zu Worms am 23. Mai 1906.

**) Archiv für Social-Politik, Bd. 21, 1905.

9 1/5% in Baltimore (untersucht wurden nur 18,000 Personen umfassende Slums),
18% in Philadelphia (untersucht wurden nur 17,000 Personen umfassende Slums)
private Badeangelegenheiten.

Von 387 in Philadelphia untersuchten, nicht slumartigen, also besseren Häusern hatten 20% Baderäume. In Deutschland hatten von 1⅓ Millionen Wohnungen ca. 130,000, gleich 10%, Baderäume.*)

Man darf ferner mit Sombart annehmen, dass die Wohnung des amerikanischen Arbeiters im Durchschnitt dort 4 Räume hat, wo die des deutschen noch nicht 2 hat. Entfiel doch auf die 908 Berliner Haushaltungen**), die doch gewiss eher einen übernormalen Typ repräsentieren, im Durchschnitt eine Wohnung von rund 1,4 Zimmern, während die Zahl der Räume, welche die 25,440 vom Arbeitsamt untersuchten amerikanischen Arbeiterfamilien bewohnten, soweit sie in Miethäusern lebten, 4,67, soweit sie eigene Häuser hatten sogar 5,12 im Durchschnitt betrug. Aber auch die innere Ausstattung der Wohnung ist in Amerika unvergleichlich viel komfortabler als bei uns. Die besseren Arbeiterwohnungen drüben machen den Eindruck der Wohnung eines deutschen Mittelbürgers. Der amerikanische Arbeiter kennt also im grossen und ganzen, New York ausgenommen, wo täglich 3000 Einwanderer meist niederer Kulturstufe landen, nicht drückendes Wohnungselend, er wird aus seinem Heim nicht, weil es kein Heim ist, wie die „Stube" des grossstädtischen Arbeiters im kontinentalen Europa, hinaus in die Wirtschaft getrieben, er kann vielmehr in reichlichem Masse den Empfindungen des feinsten Egoismus, wie ihn die behagliche Häuslichkeit entwickelt hat, Raum geben.

Auch unter den in dem oben zitierten Berichte des Arbeitsamtes aufgeführten, von 16 grossen amerikanischen Betrieben erbauten Arbeiterwohnhäusern finden wir Baderäume vielfach angegeben, wie ja auch in dem Albrecht-Post'schen Handbuch der Arbeiterfürsorge unter gleichen Umständen bei uns in Deutschland.

Ich möchte hierbei eine Bemerkung einfügen, die ich dem amtlichen Berichte der preussischen Gewerbe- und Fabrikinspektoren pro 1905 entnehme: Im Regierungsbezirk Magdeburg stehen von Betriebswerkstätten mit 48,000 Arbeitern für 34% Badeeinrichtungen zur Verfügung. Der Hannövrische Fabrikinspektor macht darauf aufmerksam, dass eine erfolgreiche Benutzung der Badeeinrichtungen seitens der Arbeiter nur dann möglich ist, wenn letztere ohne Lohneinbusse nach einem bestimmten Plane während der Arbeit baden dürfen.

Nun zur Entwickelung der öffentlichen Bäder Amerikas. Zuerst einige geschichtliche Daten: Wenngleich Boston schon im Jahre 1866 eine kleine öffentliche Strandbadeanstalt aus Holz für den Sommergebrauch hatte, so ist doch die Entwickelung erst ein Erzeugnis der letzten 13 Jahre. Der bekannte amerikanische Arzt Simon Baruch-New York hatte von den Volksbädern in der Lassar'schen Schrift gelesen. Begeistert von der Idee und der musterhaften Ausführung in verschiedenen deutschen Anstalten hielt er 1890 den ersten Vortrag darüber in der Amerikanischen Gesellschaft für Sozialpolitik, und kurz nachher wurde nach einer Beratung mit der Gesellschaft „for improving the condition of the poor" das erste sogenannte Volksbad in Centre Market Place eröffnet. 1895 folgte ein Gesetz, welches für alle 50,000 Einwohner zählenden Gemeinden des Staates New York die

*) Statistisches Jahrbuch der Deutschen Städte, Bd. XI, S. 82.

**) Berliner Statistik, 1904.

Errichtung öffentlicher Bäder als gesetzliche Auflage bestimmte, und nunmehr ging die Entwickelung rapid voran. Das erste dieser Bäder, mit 76 Duschen, wurde in Rivington Street in 1903 eröffnet; es kostete 410,000 Mark. Die öffentlichen Bäder der nordamerikanischen Gemeinwesen können im allgemeinen in 5 Typen eingeteilt werden:

1) Strandbäder,
2) schwimmende Bassins oder Flussbäder (Pools).
3) Bassinbäder in stehendem Wasser,
4) Brausebäder,
5) Die Verbindung von Bassin- und Brausebad.

Boston z. B. besitzt 10 Strandbäder, Milwaukee 4, Chicago, Baltimore je 3 etc. Sie sind die billigsten Formen, da sie nur Ankleidezellen zur Voraussetzung haben. Flussschwimmbäder besitzt Boston 12, New York 15, Brooklyn 5. Die Konstruktion besteht aus einer Diele, die auf Flössen liegt. In der Mitte der Diele ist das Bassin, während die Ankleidezimmer um das Bassin herumliegen. Das Bassin ist derartig gebaut, dass es freies Durchströmen des Wassers erlaubt. Diese Badeform ist nur im Sommer möglich und nur in Städten, welche eine Wasserseite haben; sie ist besonders für kleine Städte geeignet, welche einen Fluss oder See besitzen, die frei von Verunreinigungen sind. Diese Badeform verschwindet aber aus den grossen Städten Amerikas entsprechend der wachsenden Schwierigkeit, das Flusswasser rein zu halten, und macht Bassin-Bädern in stehendem Wasser und Brausebädern verschiedener Art Platz. Das erste wurde 1885 in Philadelphia konstruiert, weil das Wasser des Flusses unsauber wurde. Die Stadt hat nunmehr 15 derartige Einrichtungen. Die Bassins haben warmes Wasser. Die einfachste Form besteht aus einem sogenannten Pool, umgeben von Ankleidezimmern, teils bedeckt, teils frei. Die oben erwähnten Strand-Flussbäder sind nur im Sommer, etwa 4 Monate, zu benutzen, sie erfrischen den Körper und üben die Muskeln beim Schwimmen, aber ihre Wirksamkeit ist in der Jahreszeit, in der Bäder am notwendigsten sind, gehemmt, und da auch die Wannenbäder in öffentlichen Bädern Amerikas nicht mehr üblich sind, so ist nunmehr die Brause oder das Regenbad an ihre Stelle getreten. In Boston wurden die ersten Brausen 1889 errichtet. Milwaukee und Chicago folgten. Es gibt nunmehr 39 Einrichtungen mit im ganzen 1500 Einzelbrausen in den Städten der Vereinigten Staaten. Ueber die Vorzüge dieser Badeform brauche ich vor Ihnen wohl nichts zu erwähnen; Dr. Baruch hat übrigens ihre Vorzüge in einem Briefe (April 1906) an den Bürgermeister Schmitz in San Francisco zusammengefasst. In Baltimore sind öffentliche Turnhallen und öffentliche Waschanstalten mit ihnen verbunden. Man hat im grossen ganzen für die Ortsfrage des Bades die Dezentralisation in den Arbeitervierteln zum Grundsatz erhoben — das Volksbad muss, „wie ein Versucher auf dem Wege der Arbeitsstätte zur Wohnung“ liegen — ferner bei Vorhandensein von Licht, Wärme, Sauberkeit den Fortfall von äusserem Prunk. Die Kosten für Grundstück und Bauten schwanken von 500 Dollars, gleich Mk. 2000, bis zu 461,000 Dollars, gleich fast zwei Millionen Mark (wobei allerdings Spielplätze, Turnhallen etc. inbegriffen sind). Die Eintrittsgelder für die Besuche sind entweder sehr niedrig oder ganz frei, letzteres überwiegt in mehr als der Hälfte, auch für Seife und Handtücher etc. Die Kosten für die Aufrechterhaltung des Bades rangieren von 1 Pfg. in den städtischen Basinbädern Philadelphias bis zu 12 oder 16 Pfg. in grossen Städten, wie Buffalo, Milwaukee etc. Nur wenige kleine

Städte mit schlechtem Besuche gehen darüber hinaus. In 9 Städten sind die Flussbäder ganz frei, in 3 Städten werden kleine Eintrittsgelder erhoben. Strandbäder sind in 3 Städten gratis, in 8 Städten werden kleine Beträge für Benützung der Wäsche erhoben. Brausebäder sind in 9 Städten gratis, in 4 Städten gegen Bezahlung zugänglich. Aber in fast allen Bädern, in denen Eintrittsgelder erhoben werden, gibt es Ausnahmestunden und Ausnahmetage, an denen die Bäder ganz frei sind.

Eine weitere wichtige im Anschluss an deutsche Vorbilder erfolgte Neuerung ist die Einführung von Brausebädern in öffentlichen Schulen. Der auch in Amerika gemachte Versuch, eine untere Grenze der Reinlichkeit in Aussehen und Kleidung für die Schulkinder festzulegen, ist gescheitert. Man hat mit den Schulbädern bessere Erfolge erreicht, eine grosse Zahl von Kindern konnte in kurzer Zeit mit sehr geringen Ausgaben gebadet werden, in Boston zuerst in 2 Schulen, Mädchen in einzelnen Zellen, Jungens unter einer Gruppendouche. 1904 hatten 30,000 Schulkinder New Yorks diese Einrichtungen; der Neubau einer jeden Schule erhält sie eo ipso.

Echt amerikanisch ist die Bemerkung eines Referenten, dass die Abnahme der Zahl von jugendlichen Verbrechern in Boston auf die Einrichttung der Volksbäder zurückgeführt worden ist.

In einigen Städten, so in Brooklyn, hat man Badeanstalt und Schule örtlich verbunden, ja sogar gratis Schwimmunterricht wird während der Ferien in einigen Städten erteilt.

Oeffentliche Wasch- und Bügelanstalten gibt es in Chicago, Baltimore, Cleveland and Troy. Hierbei stehen kaltes und warmes Wasser zur Verfügung, ebenso maschinelle Anlagen zum Ausringen, Trocknen und Bügeln der Wäsche. Trockenlegung und Ventilation der Räume sind ebenfalls vorgesehen.

Aus der Statistik des Dr. Hanger vom Bundesarbeitsamt, die Vortragender ausführlich wiedergibt, sind noch folgende Zahlen anzuführen: Die sämtlichen öffentlichen Bäder in den 34 Städten Nordamerikas kosteten 3½ Millionen Dollars, gleich 15 Millionen Mark, also im Durchschnitt hat jede Stadt Mk. 441,000 dafür ausgegeben. Sie wurden besucht von über 20 Millionen Menschen im Jahre und in 18 deutschen Städten mit relativ kleinerer Einwohnerzahl von 8 Millionen Menschen. In deutschen Städten wurden Mk. 20,000,000 für den gleichen Zweck ausgegeben. Interessant ist die Spende des Mr. Walters in Baltimore nur für Bäder für colored people!

Baltimore gab für 30 Brausen Mk. 100,000, für 45 Brausen Mk. 160,000 aus, wobei die sehr hohen Arbeitslöhne (s. o.) zu beachten sind. Das Milbank-Bad in New York kostete Mk. 600,000 für 93 Duschen, wobei für diese Stadt der teure Baugrund eine Rolle spielt. Den Rekord hat New York mit seinen 6 Millionen Einwohnern erreicht; hier sind nunmehr bis 1906 18 öffentliche Bäder im Werte von 8 Millionen Mark im Bau, die dann so viel Badegelegenheit gewähren, dass jeder New Yorker zweimal in der Woche auf städtische Kosten frei baden kann. Die europäischen Einrichtungen in den Städten sind wohl grossartiger und zahlreicher als die amerikanischen, aber dass man in den Vereinigten Staaten in öffentliche Bäder so hineingeht, wie in öffentliche Parks oder in Lesehallen, das unterscheidet Amerika von Europa, nicht zum Vorteil des letzteren.

In einem Anhange habe ich einen die augenblickliche Lage des öffentlichen Badewesens in den Vereinigten Staaten kennzeichnenden Brief Dr. Baruch's an den vielgenannten Bürgermeister Schmitz in San Francisco beigefügt. Er ist leider, wie ja auch das herrliche Sutrobad, zerstört worden,

vorläufig ist nur der „good will" geblieben.

Meine Herren! Ich habe noch hinzuzufügen, dass in den Werkstätten und Fabriken zwar die einfachsten Schutzvorrichtungen fehlen, dass aber der hygienische Komfort — Badewannen, Duschen, temperierte Räume — reichlich vorhanden ist. Zu den öffentlichen Bädern gehören auch die in Gefängnissen.

Ich komme nun zum Schluss; ich hoffe, Sie haben folgende Dominanten herausgehört:

1. Dass der amerikanische Optimismus, die Energie aller Neuland-Kolonisten auch in der Errichtung öffentlicher Bäder zum Ausdruck kommt. Die Wertung des ziffermässig Grossen, entstanden durch die grossen Dimensionen des Landes, die Hochstellung des Erfolges, des Wettkampfes auch in idealen Dingen, das Aristenein („der Erste sein") ist eben drüben von zentraler Bedeutung; es ist ein Teil des amerikanischen Geistes und bestimmt die Richtung des Wollens auch in öffentlichen Dingen.

2. Dass wir Deutsche, im speziellen die Gesellschaft für Volksbäder, vorbildlich gewesen sind für die oben geschilderte soziale Hygiene, und dass auch drüben durch diese so einfachen wirksamen Einrichtungen mehr Menschenleben vor Krankheit bewahrt werden als wir Aerzte zu heilen imstande sind. Immer sichtbarer wird der Tot schrittweise zurückgeworfen; die deutsche Sterbeziffer ist von 29.4 0/00 im Jahr 1855 auf 21.1 0/00 im Jahr 1903 gefallen; es lebe das Leben!

Zur Aetiologie der Perityphlitis.

Von Dr. A. Rose.

Nicht nur in medizinischen Zeitschriften sondern sogar in den Tagesblättern beschäftigt man sich gegenwärtig viel mit der Aetiologie der Perityphlitis. Unter mancherlei abenteuerlichen Ansichten ist auch eine solche über die epidemische Natur der Affektion, das angeblich immer häufigere Vorkommen hat im Publikum schon eine Furcht vor einer herannahenden verheerenden Krankheit, der Perityphlitis, erzeugt. Die Entzündung des Wurmfortsatzes ist keine neue Krankheit, sondern besteht seit undenklichen Zeiten, eine drohende progressive Ausbreitung derselben hat es in den letzten Jahren nicht gegeben. Eine gewisse Vermehrung der Fälle ist nur eine scheinbare und wird durch die bessere Kenntnis dieser Krankheit und die vervollkommnete Diagnose erklärt. Wie ich in meinem Buche*) und in einem vor der Deutschen Medizinischen Gesellschaft gehaltenem Votrag**) dargestellt, ist vielleicht in den meisten Fällen Atonia gastrica der Hauptfaktor. Man hat in manchen Fällen die Influenza für die Aetiologie der Perityphlitis angeführt. Influenza, so wie andere Infektionskrankheiten können allerdings Perityphlitis im Gefolge haben, aber hier besteht nur ein indirekter Zusammenhang. Schwächende Krankheiten verursachen Atonia gastrica und Atonia gastrica führt zu Perityphlitis.

Praktisch von Wichtigkeit dürfte es sein, bei allen Fällen von Perityphlitis zu untersuchen, ob sich das Plätschergeräusch erzeugen lässt, und wenn solches erzeugbar und keine dringende Indikation zu diagnostischem Eingriff vorliegt, die Gastroptosie nach der von mir vorgeschlagenen Methode zu behandeln. Diese Therapie beruht auf wissenschaftlicher Grundlage.

*) Atonia Gastrica. By A. Rose and R. C. Kemp. Funk & Wagnalls Co., New York, 1905.

**) Atonia gastrica in Beziehung zu Chololithiasis. New Yorker Med. Monatsschrift, Maerz 1906.

Zur Klinik und Aetiologie der Deferentitis pelvica.*

Ein weiterer Beitrag zur Pathogenese der blennorrhoischen Samenleiter- und Nebenhodenentzündung.

Von Privatdozent Dr. G. Nobl (Wien).

In der Reihe der Gelegenheitsursachen, welche das Zustandekommen der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung begünstigen, hat das Uebergreifen des seropurulenten Katarrhs auf den hinteren Harnröhrenabschnitt schon zu einer Zeit die ungeteilte Aufmerksamkeit auf sich gelenkt, in der nur von der klinischen Seite her, durch die Feststellung der einzelnen Krankheitsetappen ein dürftiger Einblick in die Pathologie zu gewinnen war, während die seither ergebnisreichen anatomischen und ätiologischen Forschungswege noch völlig unzugänglich erscheinen. Die konsequente Verfolgung dieser ausnahmslos zutreffenden Verkettung beider Phänomene hat denn auch in der Folge der Anschauung zu widerspruchslosem Durchbruche verholfen, dass die blennorrhoische Entzündung des Nebenhodens von der spezifischen Erkrankung des prostatischen Abschnittes der Harnröhre unmittelbar abhängig sei und als eine direkte Komplikation des Prozesses angesprochen werden müsse, wobei allerdings noch bei dem Mangel eines Nachweises der spezifischen Krankheitserreger in den Gewebsprodukten für die pathogenetische Auffassung der Alterationsform keine überzeugenden Grundlagen geschaffen waren, und die Ansichten über die ätiologischen Bedingungen der Epididymitis nach mehr als einer Richtung auseinander gingen.

Erst die aus jüngster Zeit stammenden Untersuchungsergebnisse haben die volle Gewissheit darüber verschafft, dass die im Verlaufe der Blennorrhöe sich manifestierende Erkrankung der Samenausführungswege ebenso eine spezifische, d. h. durch den Gonokokkus selbst bedingte sei, wie dies frühere Feststellungen für die Mitbeteiligung anderer Adnexe der Geschlechts- und Harnorgane, der regionären Drüsen, der Gelenke, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, des Endokards u. s. w. in einer alle bakteriologischen Postulate streng befriedigender Weise dargetan haben.

Mit der erweiterten Kenntnis der biologischen Eigenheiten der Gonokokken war es klar geworden, dass diese, zur Zeit der vollen Virulenz einer Symbiose abgeneigten Mikroben entweder durch ihre Stoffwechselprodukte die schädigende Fernwirkung üben müssen, oder aber selbst an Ort und Stelle durch ihre Anwesenheit das pathogene Vermögen äussern dürften. Aus diesem Grunde haben auch Eraud und d'Arlhac (1892) gleichwie Hugouneng (1893) vergebens für ihren aus abszedierten Epididymitiden isolierten Orchiokokkus als dem Erreger der Komplikation plädiert, zumal sie gleich ihren Anhängern Carpentier (1893) und Rollet (1894) diese Keimart für einen normalen Saprophyten der Urethra erklärten, der auf gewöhnlichen serumfreien Nährböden sein reichliches Auskommen findet und nur bei der hinzutretenden blennorrhoischen Infektion die Entzündung des Nebenhodens hervorrufen soll.

Sieht man von der nicht ganz überzeugenden Angabe Routiers (1895) ab, dessen Hinweis sich auf den Keimgehalt eines völlig eingeschmolzenen Organs bezieht, so wären die Einzelbefunde von Grosz (1897), Colombini (1898), Harttung (1899), Witte (1899), Rosenthal (1890), Raskai-Reach (1900), Pizzini (1901),

*) Aus Wiener klin. Rundschau, 1906, Nos. 10 u. 11.

Kazowski (1901, Laurent (1901) und Murphy (1903) als diejenigen hervorzuheben, welche für die rein blennorrhoische Natur der abszedierenden Epididymitisform Zeugenschaft geben und mit der Reinzüchtung von Gonokokken aus den Zerfallsprodukten die Kontinuität der Beweisführung zum Abschluss bringen. Die gleiche Herkunft der nicht vereiternden exsudativen Nebenhodenentzündung findet in einem Züchtungsresultate Collans aus dem Jahre 1897 ihre erste Andeutung, aus welcher hervorgeht, dass der seröse Inhalt der hyperplastischen Cauda den Neisser'schen Diplokokkus in auskeimungsfähigem, voll virulentem Zustand zu beherbergen vermag. Dass es sich hierbei nicht um ein singuläres Vorkommnis handelt, geht in überzeugender Weise jedoch erst aus den systematischen Untersuchungen Baermann's hervor, der auch für diese meist beobachtete Läsionsart die spezifische mikrobielle Abstammung erhärtete. Baermann (1903) hat an der Breslauer Klinik (Neisser) zunächst ungefähr 30 nicht abszedierte Epididymitiden punktiert und mit ganz seltenen Ausnahmen positive Züchtungsresultate erhalten. Es hat sich bei diesen Punktionen gleichzeitig die wenig geläufige Tatsache ergeben, dass es auch bei einem Teil der subakut verlaufenden blennorrhoischen Epididymitiden zu lokalisierter Abszedierung kommen dürfte, da sich zu wiederholten malen 1—2 und mehr Kubikzentimeter Eiter durch die Punktionsspritze aspirieren liessen. Bei diesen Fällen waren die Gonokokken schon mikroskopisch in den Ausstrichpräparaten nachzuweisen.

Ueber das Gewebssubstrat der am häufigsten vorkommenden, mit mässigen Entzündungsphänomenen einhergehenden klinischen Form der serösen Epididymitis — welcher ich die stürmisch verlaufende, zur Verlötung des Skrotums führende phlegmonöse Form entgegenstelle — haben meine aus dem Jahre 1903 stammenden histologischen Untersuchungen den ersten genaueren Aufschluss gebracht. (Archiv f. Derm. u. Syph, Bd. LXVII, H. 2.) Es bezeugen diese Analysen zunächst, dass die schon nosologisch festgestellte Eigenheit der Entzündung, sich vornehmlich und am intensivsten der Kauda zu bemächtigen, auch im histologischen Bilde zurecht besteht, weiterhin geht aus denselben hervor, dass die Strukturelemente des Nebenhodens auf die Einwirkung der Gonokokken mit den gleichen Phänomenen des proliferativen und exsudativen Vorganges reagieren, welche diese Krankheitserreger auch in anderen mit geschichtetem Epithelbelag versehenen Ausführungsgängen hervorzurufen pflegen. Auch hier sind die Hauptcharaktere der Gewebsläsion in einer Wucherung, Desquamation und Metaplasie des Deckbesatzes, sowie in dichter Infiltration der subepithelialen Schichten des Ductus epididymitis gegeben, mit welchen Gangveränderungen massige exsudative Zellansammlungen des peri- und parakanalikulären Stützgewebes konkurrieren.

Für das Studium des Gewebsverhaltens der Gonokokken bieten diese auf der Höhe ihrer Entwicklung fast niemals der Exploration zugänglichen Alterationsformen nur sehr ungünstige Chancen. Diesem Umstande allein glaube ich es auch zuschreiben zu können, dass ich in meinen damaligen Untersuchungen den positiven Gonokokkennachweis nicht beibringen konnte. Nicht weiter gelangten in dieser Hinsicht Sellei (1904, Derm. Zeitschr. Bd. XI), Ullmann (1904, V. Derm. Kongr.) und Baermann (1905, Archiv f. Derm. u. Syphl., Bd. LXXVII, H. 1), die bei der Gewebsexploration der gleichen Erkrankungsform niemals der spezifischen Krankheitserreger habhaft werden konnten. Anders gestalten sich die mikrobiellen Verhältnisse bei jenen durch besondere Akuität ausgezeichneten Nebenhodenentzündungen, die unter stürmischen Lokal- und Allgemeinsymptomen einsetzen und mit Vehemenz die Umhüllungsschichten in den phlegmonösen In-

flammationsprozess einbeziehen. Einen orientierenden Einblick in die anatomischen Grundlagen dieser glücklicherweise nicht allzuhäufigen blennorrhoischen Begleiterkrankung vermitteln die eben bekannt gewordenen lehrreichen Befunde Baermann's (Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. 77, p. 55), aus welchen ersichtlich ist, dass schon am dritten Tage nach dem Auftreten der klinischen Erscheinungen ein Vordringen der Gonokokken aus dem leukozytären Inhalt der Kanälchen gegen das subepitheliale Bindegewebe erfolgen kann und die Interstitien des kollagenen Lagers gleichwie die Lymphbahnen schon um diese Zeit eine Weiterverschleppung derselben einleiten. Mit dem vehementen Fortgang der Keiminvasion steht der rasche Zerfall der Infiltrationsherde in vollem Einklang, wobei es stets zur Einschmelzung nachbarlicher Kanälchenwindungen zu kommen pflegt.

Nicht im gleichen Sinne können die früheren Folgerungen von Audry und Dalous (Ann. d. Derm. 1903) herangezogen werden, deren Untersuchung sich auf mikrobenfreie, zu völliger Einschmelzung gelangte Gewebsveränderungen beziehen.

So ist nun die Aetiologie der blennorrhoischen Epididymitis als eine für alle Erscheinungsformen und Varietäten endgültig aufgehellte anzusprechen, und wenn die fachmännische Aufmerksamkeit dieser häufigsten und in den Folgen unberechenbaren Komplikation der Blennorrhoe dennoch unentwegt zugewendet bleibt, so hat dies vorzüglich darin seinen Grund, dass es erst dieser Feststellung bedurfte, um über die Art und Weise des Zustandekommens der Erkrankung zutreffende Vorstellung gewinnen zu können und die Frage der Pathogenese des Prozesses einer definitiven Entscheidung zuzuführen.

Ehe noch die bakterielle Natur des Trippers erschlossen war und lange bevor die blennorrhoischen Gewebsprodukte den Gegenstand der anatomischen Untersuchung abgeben konnten, war die Ansicht zur herrschenden geworden, dass die Verbreitung des Entzündungszustandes von der Harnröhre aus wohl nur auf dem Wege der anatomischen Kontinuität erfolgen könne und die Inflammation des Nebenhodens daher in einem Uebergreifen des Prozesses von der Pars prostatica auf die Ductus ejaculatorii resp. das Vas deferens seine Vorbedingung haben müsse. Die Berechtigung dieser Voraussetzung hat in der Folgezeit mit den genaueren Aufschlüssen über den Infektionsmodus und die Ausbreitungsart des aszendierenden Katarrhs stets reelleren Boden gewonnen. So ist zunächst aus der Untersuchung der verschiedensten Gewebsprodukte die zpezifische Affinität der Gonokokken zur epithelialen Auskleidung des Harn- und Sexualtraktes erschlossen worden und hiermit gleichzeitig die eingeschränkte, von besonderen Bedingungen abhängige Fähigkeit derselben in den bindegewebigen Texturen als Infektionserreger zu wirken. Hand in Hand mit dieser Erfahrung mehrten sich in stetem Zuwachs die anatomischen Belege dafür, dass bei einer Ausbreitung des blennorrhoischen Entzündungsprozesses im Bereiche des Genitaltraktes, in dem Schleimhautweg die einzige Propagationsbahn zu erblicken sei, in dessen Kontinuität die Krankheitserreger und die Gewebsveränderungen von den primär ergriffenen Bezirken in entferntere Organgebiete gelangen. Das Uebergreifen des seropurulenten Katarrhs von dem vorderen auf den hinteren Harnröhrenabschnitt, die Einbeziehung der bulbourethralen und prostatischen Drüsen in den Entzündungsvorgang, die Miterkrankung des Uteruskörpers, der Tuben und Ovarien bei virulenter Zervikalblennorrhoe, sind insgesamt als einwandfrei erhärtete Illustrationen dieses in der Gewebskontinuität erfolgenden Aszendierens der spezifischen Entzündung anzuführen.

Mit gutem Rechte sind daher die gleichen Voraussetzungen für das Zustandekommen der Nebenhodenentzündung herangezogen worden, indem für die

schon vor Dezennien behauptete Abhängigkeit der Epididymitis von der Mitbeteiligung des Samenleiters, in der Pathologie der anderweitigen blennorrhoischen Komplikationen die reichsten Analogien gegeben waren.

Mit dem Hinweise auf die Gesetzmässigkeit, mit welcher sich die blennorrhoische Infektion der Adnexe zu bemächtigen pflegt, finden jene weiteren Anhaltspunkte eine Anbahnung, welche die klinische Beobachtung, das Experiment und die anatomische Feststellung, für die spezifische Abstammung der Nebenhodenentzündung von dem gleichen Alterationsvorgang des Ductus deferens ergeben haben.

Den zum Teile allgemein bekannten Stützen dieser pathogenetischen Auffassung möchte ich bei dieser Gelegenheit hauptsächlich deshalb neuerdings näher treten, weil mir der eigene Beobachtungskreis die Möglichkeit bietet, den Kontingent der Hinweise um solche klinische und anatomische Belege zu erweitern, welche der Beweisführung bisher nicht zur Verfügung standen und bei ihrer eindeutigen Natur die dichte Linie der fürsprechenden Momente, schlagfertige Nachhut zu ergänzen und zu stärken geeignet sind.

Die neuerliche Vereinigung aller Reserven, welche sich für das Vas deferens als der einzigen Propagationsbahn des blennorrhoischen Virus ins Treffen führen lassen, gewinnt umso mehr an aktueller Bedeutung, als gerade in neuerer Zeit, bald schüchtern angefacht, bald akustisch inspiriert, reaktionäre Bestrebungen an die Oberfläche gelangen, welche die Epididymitis im Lichte einer metastatischen Erkrankung erscheinen lassen möchten.

Die Auffassung der Nebenhodenentzündung als eine Verschleppungskrankheit findet nämlich schon in der wirren Tripperlehre des 17. Jahrhunderts ihre ersten Anklänge, aus welcher Zeit auch die zur Volksmeinung gewordene Definition herzurühren scheint, dass sich der Tripper „in die Hoden verschlagen habe." Die klassischen Anläufe dieser pathogenetischen Beurteilung sind jedoch erst in der Theorie A. Coopers ausgebildet, der, gleichwie noch Hunter, die Entstehungsweise der Adnexerkrankung auf „Sympathie" zurückführte.

Von den Reaktivierungsversuchen dieser für immer getilgt geglaubten phantastischen Auffassungen können füglich jene übergangen werden, die wieder dort anknüpfen, wo Morgagnis anatomische Beweisführung der wüsten Spekulation ein erlösendes Ziel setzte. So dürfte es keiner besonderen Bemühung bedürfen, um jener jüngst, in einem deutschen Fachorgan, mit Hintansetzung aller bakteriologischen Errungenschaften vertretenen Ansicht zu begegnen, dass die Epididymitis blennorhoica auf reflektorischem Wege infolge von Zirkulationsstörungen zustande kommt, wobei Blutaffluxion seröse Transudation bedingen soll!

Eine ernstere Würdigung verdienen jedoch jene Erwägungen, welche für die Erklärung der Nebenhodenentzündung als Krankheitsabsiedlung eine, dem heutigen Stande der Pathologie angepasste Begründung aufbringen und auf diese Weise einer Renaissance der Cooper'schen Lehre den Boden ebnen.

In dieser Hinsicht hat die fälschlich H. v. Zeissl zuerkannte, späterhin von Bergh, Fürbringer, Horowitz, Audry und Dalous, Rosenthal und anderen übernommene These den weitesten Anschluss erfahren, dass die metastatische Entzündung des Nebenhodens auf dem Wege der regionären Lymphbahnen vermittelt werde und erst von dem ergriffenen Organe aus eine aszendierende Einbeziehung des Samenstranges zustande komme.

Anlass zu ähnlichen Vermutungen haben zunächst jene unermüdlich zitierten, singulären Wahrnehmungen geboten, welche die Möglichkeit des gleichzeitigen Auftretens der Nebenhodenentzündung mit der blennorrhoischen Infektion, also das Einsetzen der Adnexerkrankung bei unversehrtem hinteren Harnröhrenab-

schnitt illustrieren sollen. Die fragliche Glaubwürdigkeit dieser schon von Finger gebührend stigmatisierten Beobachtungen, erübrigt um so eher ein näheres Eingehen in die vagen Erklärungsversuche, als für keine einzige dieser Wahrnehmungen der Nachweis einer früheren Intaktheit des prostatischen Urethralgebietes und der Prostataadrüsen beigebracht erscheint.

Willkommenere Anhaltspunkte für die Heranziehung der lymphogenen Provenienz des Nebenhodenprozesses boten indes jene ab und zu sich darbietenden Fälle, in welchen die dem klinischen Nachweise zugänglichen Veränderungen scheinbar zunächst in den distalen Nebenhodensegmenten einsetzen und entweder hier lokalisiert bleiben, oder erst nachträglich längs des Ductus deferens zur Ausbreitung gelangen. Geltend gemacht wird für diese, eine ganz andere Deutung gebietender Fälle hauptsächlich das Vorhandensein eines lymphatischen Kommunikationsgesetzes, das dem unvermittelten Gonokokkentransporte dienen kann. Nach den bisherigen Erfahrungen aber sind weder solche direkte Lymphbahnen zwischen der Prostata und den Nebenhoden als reguläre Einschaltungen zur Darstellung gelangt, noch liegen irgend welche Anhaltspunkte dafür vor, dass diese Gefässbahnen einen zentrifugalen, das heisst von der Prostata zum Hoden gerichteten Saftstrom unterhalten. Des weiteren steht bisher kein einziger Gewebsbefund zur Verfügung, welcher für eine spezifische Erkrankung dieser, nach der Hypothese, an dem Infektionsgange so rege beteiligten Lymphgefässe zeugen würde.

Was den anatomischen Nachweis betrifft, so hat derselbe ja vielfach ergeben, dass die Lymphbahnen des Vas deferens mit den Sammelwegen der Samenblasen einerseits und den Lymphreisern des Ductus epididymitis andererseits vielfach anastomosieren. Weiterhin bezeugen die jüngsten Untersuchungen von C. Bruhns (V. internat. Derm. Kongr. 1904, Arch. f. Anat. u. phys. Anat. 1904, p. 330) neuerdings, als welch reiches Zentrum lymphatischer Sammelbahnen die Prostata zu betrachten ist, von der aus der Keimverschleppung nach allen Richtungen und so auch gegen den Nebenhoden hin Gefässverbindungen zur Verfügung stehen. Doch hat Bruhns die dem Vas deferens beigegebenen feinsten Aeste nur an Kindesleichen und niemals an solchen Erwachsener mittels des Gerota'schen Verfahrens zur Darstellung zu bringen vermocht.

Des weiteren haben die lehrreichen Experimente von v. Baumgarten und Kramer (Arb. auf d. Geb. d. path. Anat. und Bakt. Tübingen, Bd. IV, p. 173) ergeben, dass die Richtung des Lymphstromes mit der Richtung des Sekretstromes zusammenfällt, und daher auch im Genitale einen aufsteigenden, das heisst vom Hoden gegen die Harnröhre verlaufenden Kurs nimmt, woraus an und für sich schon die Unmöglichkeit einer, auf dem Wege des Lymphstromes erfolgenden Beförderung pathogener Keime von der Urethra gegen den Hoden, gefolgert werden könnte.

Ueberdies aber ist es trotz darauf gerichteter Aufmerksamkeit bisher niemals gelungen, die lymphatischen Begleitbahnen als den Sitz oder Ausgangspunkt der spezifischen Entzündung zu eruieren. Entweder verhielten sich die Lymphgefässe vollständig normal (Nobl l. c., Ullmann l. c.), oder aber waren dieselben in dicht gefügte Infiltrationsmassen der umhüllenden Bindegewebeschichten des Samenleiters eingescheidet, wie in dem Falle von Audry und Dalouis, die aus der irrigen Deutung des Gewebsbefundes die Pathogenese der Funikulitis auf eine sekundäre, vom alterierten Nebenhoden abhängige, phlegmonöse Perilymphangitis bezogen.

Kaum stichhaltiger bewährt sich der klinische Hinweis, dass die Entzündung des Nebenhodens in besonderer Häufigkeit von dem Kopfe desselben den Ausgang nehmen soll. (Ullmann l. c.) In voller Uebereinstimmung mit der all-

gemeinen Erfahrung und im Einklange mit dem Ergebnisse vielfacher statistischer Recherchen kann ich mich nicht erinnern, bei den vom Beginne an verfolgten Epididymitiden jemals eine andere Stelle als die Kauda von den ersten, dem objektiven Nachweise zugänglichen Veränderungen ergriffen gesehen zu haben. Bei der jährlichen Evidenz von 50—60 Epididymittisfällen lässt sich die Zahl derjenigen Beobachtungen, in welchen die Komplikation von den ersten prämonitorischen Anzeichen der beginnenden entzündlichen Reizung des Samenleiters bis zu den beginnenden subjektiven und objektiven Störungen im Bereiche der Cauda des Nebenhodens von Schritt zu Schritt verfolgt werden kann, mit mehr als zwei Drittel bewerten, wobei es meiner Erfahrung nach ganz gleichgültig ist, ob die mit besonderer Akuität einsetzenden Entzündungsphänomene in rascher Ausbreitung den Körper, den Kopf und die Umhüllungsschichten des Organsegmentes in Mitleidenschaft ziehen oder aber bei einem mehr schleichenden Verlaufe keine besondere Tendenz zur Einbeziehung der proximalen Nebenhodenteile bekunden. Mit dieser ausnahmslos feststellbaren Neigung des Entzündungsvorganges sich in der Kauda festzusetzen, geht ja auch die Erfahrung Hand in Hand, dass die schwersten Gewebsschädigungen und die intensivsten exsudativen Veränderungen fast stets auf diesen Bezirk lokalisiert zu bleiben pflegen.

Bei der milderen, serösen Epididymitisform habe ich im Körper des Nebenhodens nur mehr Ausläufer der infiltrativen Veränderungen festzustellen vermocht, während der Kopf sich völlig normal erwies. Baermann's Punktionsergebnisse haben stets jene Stelle als den Hauptsitz der abszedierenden Knotenformation ergeben, wo der Ductus epididydimitis allmählich in den Ductus deferens übergeht. In der grossen Zahl der daraufhin explorierten Fälle habe ich weiterhin die residualen Verdickungen nach vorangegangenen Epididymitiden fast stets nur im Bereiche der Kauda stärker ausgesprochen, vorgefunden. Auch dies kann ja nur als ein Zeichen dessen angesehen werden, dass bei dem Rückgange der Entzündung an den Stellen der stärksten Alteration auch die meisten, der Resorption unzugänglichen Gewebsprodukte in dauernder Organisation haften bleiben.

Nach alldem reichen die Belege bis heute nicht hin, um der Annahme eines durch die Lymphwege vermittelten metastatischen Ursprungs der Nebenhodenentzündung auch nur bedingt beipflichten zu können. In dieser Rolle haben wir bisher nur die dorsalen Sammelbahnen des Gliedes bei der Entstehung der blennorrhoischen Entzündung der Leistendrüsen kennen gelernt, welche extraparenchymatös verlaufenden, in ihrer Wandung wohl differenzierten Lymphgefässe nicht nur die Fortleitung der Krankheitserreger in das regionäre Drüsengebiet besorgen, sondern oft genug in der zuerst von mir nachgewiesenen spezifischen Form der proliferierenden und exsudativen Endolymphangoitis blennorrhoica an dem Krankheitsprozesse beteiligt sind. (Nobl., Pathologie der blennorrhoischen und venerischen Lymphgefässerkrankungen, Monographie 1901, pag. 60.)

Andererseits gliedern sich die aus der klinischen Beobachtung, der Gewebsuntersuchung und dem Tierversuche resultierenden Hinweise in stets engerer Fügung aneinander, welche den Schleimhautweg des Samenleiters als die einzige Gewebsbahn anzusprechen gestatten, in deren Kontinuität die blennorrhoische Infektion von der Pars prostatica der Harnröhre auf den Nebenhoden übergreift. In erster Linie wäre hierfür die besondere Häufigkeit namhaft zu machen, mit welcher der Ductus deferens schon frühzeitig in klinisch nachweisbarer Form den Uebergang des Prozesses auf die Adnexe zur Anzeige bringt. Abgesehen von den prämonitorischen, mit Präzision auf die Leistengegend bezogenen dumpfen Empfindun-

gen, ausstrahlenden Sensationen und intensiveren Schmerzen, die in einem namhaften Bruchteil der Fälle ein, zwei oder auch mehrere Tage dem Auftreten der Komplikation voranzugehen pflegen, lässt sich häufig genug palpatorisch eine beträchtliche Verdickung des druckempfindlichen Vas und seiner Umhüllungsschichten nachweisen, ehe noch die reaktiven Phänomene an der Nebenhodenkauda zum Ausdrucke gelangen. Die gleichzeitige, klinisch feststellbare Miterkrankung des Samenleiters lässt sich meiner Schätzung nach in wechselnden Intensitätsgraden in mehr als 80 Prozent der Epididymitiden verfolgen, wobei ich einzig und allein auf die Volumszunahme als das massgebende symptomatische Anzeichen reflektiere.

Aber auch für jenen geringen Bruchteil der Beobachtungen, in welchen die Läsion des Nebenhodens scheinbar ohne jede Veränderung des Samenleiters zur Entwicklung gelangt, muss eine auf die Innenschichten der letzteren beschränkte und daher der klinischen Feststellung unzugängliche spezifische Alteration postuliert werden. Nach meinen Untersuchungen und den Befunden Baermann's (l. c.) geht es zur Evidenz hervor, dass sich am Schleimhautbelage des Ductus deferens selbst intensive Entzündungsphänomene spezifischer Natur abspielen können, ohne dass die mächtige Muskelschicht des Ganges von der infiltrierten Tunica propria aus in Mitleidenschaft gezogen würde, oder auf dem Wege der spärlichen, vaskulären Bahnen ein Uebergreifen des Prozesses auf die an muskulären Elementen reichen adventitionellen Hüllen zustande käme. Bis zu welchen Endausgängen diese, dem palpatorischen Nachweise durchaus unzugänglichen Innenwandläsionen des Duktus gedeihen können, bezeugen in lehrreicher Vorführung M. Simonds in der Hamburger Prosektur (St. Georg) sorgfältigst gesammelten Leichenbefunde (Archiv f. klin. Med. 1898, Bd. 61, p. 412), die zum erstenmale das häufige Vorkommen der auf entzündlichem Wege zustande gekommenen totalen Unwegsamkeit der Samenleiter erhärten. Der pathologischen Formation impermeabler Verengerungen in der Strecke von der Mündung in die Samenblasen bis herab zum Nebenhodenschwanz vermochte Simonds in dem kurzen Zeitraum von drei Jahren an der Hand des makro- und mikroskopischen Nachweises 28mal Rechnung zu tragen, wobei die bald solitär (14mal), bald multipel (15mal) interkalierten Strikturen und die mit solchen alternierenden, das Lumen hochgradig reduzierenden und auch aufhebenden Querleisten in vorzüglicher Häufigkeit auf das periphere Drittel des Ganges entfielen, während sie im mittleren Abschnitt und im intraabdominellen Teile seltener anzutreffen waren.

Sieht man von all diesen klinischen und anatomischen Belegen ab, welche doch in einer jeden Zweifel entkräftenden Weise dartun, dass die blennorrhoischen Nebenhodenentzündungen in einer gleichartigen Alteration des Samenleiters ihre Vorläufer hat, so steht im Rahmen unserer heutigen Kenntnis der entzündlichen Vorgänge immer noch für die Erklärung jener Ausnahmsfälle, die sich auf das, dem Eindrucke nach, sprunghafte, unvermittelte Einsetzen der Epididymitis beziehen, die Annahme zur Verfügung, dass die Fortleitung des infektiösen Sekretes im Kanale des Samenleiters unter Umständen mit einer solchen Rapidität vor sich gehen kann, dass bei dem kurz dauernden Kontakte die Auskleidung des Ganges entweder völlig verschont bleibt, oder die entzündliche Auflockerung nur in singulären Bezirken desselben sesshaft wird. Eine Interpretation, welche in den neueren experimentellen Untersuchungen über die antistaltischen Bewegungen des Vas deferens den bisher ausständigen reellen Hintergrund zu gewinnen beginnt.

Nach der Richtung haben insbesondere die der Klinik Finger's entstammenden experimentellen Infektionsübertragungen von Oppenheim und

Löw (Virchow's Archiv, Bd. 182, p. 39, 1905) das Aufklärungswerk um einen gewaltigen Schritt weitergebracht. Nachdem schon die experimentellen Prüfungen von Loeb (1866) und Akutsu (1903) die retrograde Kontraktionsfähigkeit des Vas deferens am Kaninchen dargetan hatten, gelang es diesen Autoren den Nachweis zu erbringen, dass sich nicht nur beim Kaninchen und Meerschweinchen, sondern auch beim Menschen vom Caput gallinaginis aus unter all jenen Momenten, welche dem brüsken Entstehen einer Epididymitis Vorschub leisten, antistaltische Kontraktionen des Vas deferens auslösen lassen. Dass es sich hierbei um einen Reflexvorgang handelt, war aus dem Ausbleiben der Reaktion bei tiefer Narkose und nach Durchschneidung des motorischen Nerven des Samenstranges, des Nervus hypogastricus (Kaninchen) zu folgern. Durch galvanische Reizung (negativer Pol) des Samenhügels konnte stets beim Schliessen und Oeffnen des Stromes eine durch das Skrotum kontrollierbare Verkürzung und Verbreiterung des Samenleiters verfolgt werden. Dass diese vom Samenhügel in der Richtung zum Nebenhoden ablaufenden antistaltischen Bewegungen des Samenkanals unter provokatorischen Bedingungen (körperliche Anstrengung, Pollution, Kohabitation, irritierende Eingriffe, Instillation u. s. w.) geeignet sind, das am Colliculus seminalis ruhende blennorrhoische Virus mit besonderer Geschwindigkeit gegen den Nebenhoden zu befördern, wird durch Tierversuche Oppenheim's mehr als wahrscheinlich gemacht. Durch Einbringung von grösseren Mengen Kaninchen virulenter, aufgeschüttelter Streptokokkenkulturen in den hinteren Harnröhrenabschnitt bei gleichzeitiger Hypogastrikusreizung gelang es den genannten überdies in zwei Fällen, Kaninchen eine rasch auftretende Samenstrang- und Nebenhodenentzündung zu erzeugen, wobei die Streptokokkeninvasion in histologisch nachweisbarer Weise in der anatomischen Kontinuität des Schleimhautweges ihre Fortleitung erfahren hatte. Auch diese Experimente gleichwie die klinischen Daten Oppenheim's sprechen in unzweideutiger Weise dafür, dass die initialen Nebenhodenveränderungen sich durchwegs in der Cauda epididymidis lokalisieren.

Der aus der Annahme einer metastatischen Abstammung der Nebenhodenentzündung abgeleiteten These, dass die Erkrankung des Samenstranges von dem ergriffenen Nebenhoden aus ihren Ursprung nehme und dass die sekundäre Entzündung einen aszendierenden Charakter aufweise, steht weiterhin die nicht geringe Zahl jener Fälle entgegen, in welchen die blennorrhoische Entzündung mit Verschonung des Nebenhodens auf den Samenleiter allein beschränkt zu bleiben pflegt. Schon in früherer Zeit ist dieses Vorkommnis in so gehäuftem Auftreten zur Beobachtung gelangt, dass H. v. Zeissl an der Hand der eigenen Erfahrung und des Testmaterials von Hunter, J. Bell (1784), Beaumé (1840), Rollet (1865), Boyer (1867), Gosselin (1868), Fournier, Bergh (1868), E. Kohn (1870), Darvaris (1871), J. Neumann (1884) und vielen anderen die Symptomatologie der als Chordonitis blennorrhagica ausgesprochenen Veränderung in einem ausführlichen Bilde festzuhalten vermochte. Späterhin haben noch zahlreiche Beiträge die bei völlig intakten Nebenhoden auftretende Samenstrangentzündung um weitere Merkmale bereichert, welche Veränderung ich selbst in einer Reihe von einwandfreien Beobachtungen festzustellen und auch zu demonstrieren Gelegenheit fand. (Verhandlungen d. Wiener Dermatologischen Gesellschaft 1899, p. 40.)

In all diesen Feststellungen haben jedoch bisher fast ausschliesslich nur jene Veränderungen eine Berücksichtigung erfahren, welche sich auf den, der direkten Untersuchung leicht zugänglichen skrotalen Anteil des Samenleiters beziehen, während über das korrespon-

dierende Verhalten des abdominalen Segmentes, von einer flüchtigen Andeutung Colombini's (1896) abgesehen, keine ausführlicheren Nachrichten zur Verfügung stehen.

In Ergänzung dieser Recherchen habe ich nun im Laufe der letzten Jahre bei der methodisch geübten Rektalpalpation, die Untersuchung stets auch auf die topographischen und Konsistenzverhältnisse der Ampulle des Ductus deferens erstreckt, wobei sich die unvermutete Tatsache feststellen liess, dass die umschriebene spezifische Erkrankung dieses Harnleiterabschnittes in auffallender Häufigkeit in den komplikatorischen Läsionen der Prostata und Samenblasen beizutreten pflegt, ohne dass sich in den klinischen Umrissen des Krankheitsbildes irgend welche hinweisende symptomatische Aeusserungen bemerkbar machen würden. Bei exzessiver Entwicklung präsentiert sich diese meist unilateral auftretende Deferentitis pelvica als fingerdicker, von derben höckerigen Ausbuchtungen und muldenförmigen Einziehungen durchzogener, äusserst druckempfindlicher, harter Strang, der sich von der Basis der Prostata aus, bald in mehr aufstrebender Richtung, bald in seitlicher Abknickung gegen die Beckengrenzen hin verfolgen lässt und vielfache Verlötungen mit dem umgrenzenden Zellgewebe aufzuweisen pflegt. Von diesen stärksten Entzündungsgraden sind alle Uebergänge bis zu der einfachen Wandverdickung des divertikelreichen Strangsegmentes zu verfolgen, wobei die sich in engen Grenzen bewegende Volumszunahme gegen den Leistenkanal zu allmählich zu verlieren pflegt, um im Bereiche des intrakanalikulären Abschnittes bereits völlig der Norm zu weichen. Je mehr sich das taktile Unterscheidungsvermögen im Laufe der palpatorischen Untersuchung schärft und vervollkommnet, um so häufiger kommt man in die Lage, von dem komplikatorischen Zustand des terminalen Harnleiterteiles Notiz zu nehmen. Bei den topographischen Verhältnissen des Ausführungsganges und seiner Beziehung zum Ductus excretorius der Samenblase darf es auch nicht wundernehmen, dass der spezifische Entzündungsprozess den Beckenanteil des Samenleiters fast stets in eine dem objektiven Nachweise zugängliche Mitleidenschaft zieht, sobald die seropurulenten katarrhalischen Veränderungen von dem Ductus ejaculatorius aus auch auf die Samenblasen übergreifen. Leider gelingt es nur schwer, dieser, meinen Aufzeichnungen nach, die überwiegende Mehrzahl der Vesikulitiden begleitenden Deferentitis pelvica weitere kennzeichnende Merkmale anzufügen, da sich insbesondere der isolierten Gewinnung der in der Ampulle angestauten exsudativen Sekretmassen die grössten Schwierigkeiten entgegenstellen.

Bei dem meist gleichzeitigen Ergriffensein der prostatischen Drüsen und dem engen Anschluss der Samenblasen an den Ductus deferens, wird die nähere Bestimmung der Provenienz des mittels Expression gewonnenen Exsudates wohl recht oft illusorisch werden. Immerhin gelingt es bei einiger Uebung die Differenzierung des prostatischen Sekretes und des seropurulenten Inhalts des Samenblasenkörpers von den Ausscheidungen durchzuführen, welche der Ampulle, resp. dem Ausführungsgange der Samenblasen entstammen, wobei aber noch die Entscheidung ausständig bleibt, ob das exprimierte, Gonokokken führende Sekret, dem einen oder anderen Abschnitt oder aber beiden entpsricht.

Die völlige Unabhängigkeit der partiellen Strangläsion von dem Zustande des Nebenhodens wird also durch die grosse Zahl der Fälle wirksamst illustriert, in welchen die auf dem Wege der Flächenausbreitung zustande gekommene Alteration auf den Beckenabschnitt des Kanals beschränkt zu bleiben pflegt, während sich der Nebenhoden und der aufsteigende Samenleiterschenkel in vollkommen normalem Zustande befinden. Dass es sich bei dieser Form der Deferentitis pelvica um eine spezifisch blennorrhoische Veränderung handelt, ver-

mag ich an der Hand einer bakteriologisch explorierten Wahrnehmung zu beweisen, welche überdies noch der pathogenetischen Auffassung des Leidens mit einem bisher ausständigen Beweismoment zu Hilfe kommt, indem die Veränderung bei mangelndem Nebenhoden am resezierten Stumpfe des Samenstranges in Erscheinung trat.

M. N., ein 36jähriger Beamter, hatte nach wiederholten früheren blennorrhoischen Infektionen, die stets ohne Komplikationen seitens der drüsigen Adnexe abgelaufen waren, im Jahre 1900 neuerdings eine Blennorrhoe durchzumachen. In der 4. Krankheitswoche gesellte sich dem purulenten Katarrh des hinteren Harnröhrenabschnittes eine glanduläre Prostatitis und späterhin eine intensive, rechtsseitige Vesikulitis, Funikulitis und Epididymitis hinzu. Der mit hohem Fieber einhergehende Prozess fesselte den Kranken durch mehrere Wochen ans Bett und nachdem schon die Komplikation seitens der Vorsteherdrüse und Samenblase der Norm gewichen war und die katarrhalischen Sekretspuren den Gonokokkennachweis nicht mehr gestatteten, stellten sich neuerdings mässige Fieberbewegungen ein, die eine äusserst schmerzhafte Schwellung des in seiner ganzen Ausbreitung knollig verdickten, mit der Skrotalhaut verlöteten Nebenhodens begleiteten. Da die Entzündungserscheinungen sich allmählich auf das Hodenparenchym und die Scheidenhäute ausbreiteten und zur Abszedierung einzelner umschriebener Bezirke des Testikels führten, und die Temperatur sich konstant auf febriler Höhe erhielt, musste an die Ablation des Organs geschritten werden, die von chirurgischer Seite in Chloroformnarkose zur Ausführung gelangte. Nach der per primam erfolgten Verheilung der Skrotalwunde und der anstandslosen Einheilung des Samenleiterstrumpfes im Leistenkanal, war der Kranke wieder völlig hergestellt. Die wiederholte Analyse ergab einen klaren, von geringen Schleim- und Epithelfilamenten durchsetzten Harn, ein der Norm entsprechendes Prostatasekret, sowie ein der Konsistenz und dem Volum nach reguläres Verhalten der alteriert gewesenen Samenblase und der Ampulle des Vas deferens. Da wollte es das Missgeschick, dass sich der Kranke im Mai 1905 neuerdings blennorrhoisch infizierte. Die schon nach 10 Tagen in voller Virulenz bestehende Läsion der pars posterior zog alsbald eine follikuläre Prostatitis und eine Entzündung des erhaltenen linken Nebenhodens nach sich. Die Epididymitis dieser Seite präsentierte sich unter dem geläufigen Bilde der mässigen serösen, von der Kauda nur bis zur Mitte des Körpers reichenden, exsudativen Form und ging mit einer entsprechenden Verdickung des scrotalen Duktusabschnittes einher.

Gegen Ende der 6. Krankheitswoche, nachdem Patient ständig das Bett gehütet hatte, kam es abermals zu Fiebererscheinungen, aus deren Ursache sich bei der Rektalpalpation eine mächtige Schwellung der vor Jahren ergriffen gewesenen rechten Samenblase und eine ganz enorme Intumeszenz des abdominellen Ductus-Segments eruieren liess. Der den Körper der Vesic. sem. ganz seitlich verdrängende Duktus präsentierte sich als ein im ampullären Anteile und im Bereiche der Divertikel daumendicker, äusserst derber, starrer, ungemein druckempfindlicher Strang, der auch in den distalen Abschnitten die gleiche Auftreibung der knolligen Oberfläche darbot. In der Höhe des Leistenringes war, der aus demselben austretende resezierte Stumpf als haselnussgrosser, durckempfindlicher Knoten zu tasten. Drei Tage später hatte sich an letzterer Stelle ein auf die Skrotalnarbe übergreifender, dieselbe rarefizierender, deutlich fluktuierender Abszess in Grösse einer Nuss etabliert, den ich mittels eines 2 cm langen Schnittes eröffnete und mittels Tamponade offen erhielt. In den Austrichen des Abszesseiters waren ausschliesslich in intraleukozytärer und freier Anordnung typische, nach Gram differenzierte Gonokokken aufzufinden.

Die eitrige Sekretion hatte mit der Eröffnung des Abszesses nicht sistiert und konnte die Provenienz derselben mit seltener Deutlichkeit auf den im Grunde der Wundhöhle zutage tretenden Samenleiterstumpf bezogen werden, aus dessen Lichtung sich bei Druck auf den Inguinalen oder Beckenabschnitt des Stranges, bald geringere, bald grössere Eitermengen gewinnen liessen. Die mit solchen Sekretproben ausgeführten Kulturversuche haben noch nach 8 respektive 14 Tagen die volle Virulenz der Mikroben ergeben, indem auf Serum-Agar-Platten die zarten Gonokokkenrasen in üppiger Aussaat zur Keimung gelangten. Die Reste der Deferentitis pelvica waren noch Monate nach dem Rückgange aller Erscheinungen in Form knolliger, derber Auftreibungen längs des resistenten Stranges dem Nachweise zugänglich.

Soweit meine literarische Orientierung reicht, ist ein ähnlicher, für die Pathogenese der blennorrhoischen Samenleiterentzündung Richtung gebender Nachweis bisher nicht geliefert worden, was bei der schweren Zugänglichkeit des geeigneten Testmaterials nur zu begreiflich erscheint.

Ueber meine Erfahrungen mit Arhovin.*

Von Dr. Adolf Erdoes-Nagvarad (Ungarn).

Kaum ein einziger Zweig der medizinischen Wissenschaften weist eine so langsame Entwickelung auf, wie gerade die Lehre von den Sexualerkrankungen. Warum das geschieht, ist schwer zu beantworten. Soviel ist jedoch sicher, dass das Studium der Physiologie des Sexuallebens das Produkt der neueren Zeit ist. Eine zweckbewusste Therapie kann nur auf den Schultern der Physiologie und Pathologie entstehen und kann sich bis zur Höhe der chirurgischen und inneren Behandlung emporheben.

Dass die Heilung des Trippers eine unserer wichtigsten Aufgaben ist, beweist die ausgedehnte Verbreitung resp. Verwüstung, welche die Folgezustände vernachlässigter Tripper darbieten. So publizierten z. B. Neulich, Selenow und Schidlowsky einen durch Gonokokken hervorgerufenen Fall von Tabes und Myelitis.

Die Heilung des Trippers ist auch die schwerste Aufgabe, so dass die allbekannte Meinung der Laien, welche als Sprichwort im Verkehr ist „nur der erste Tripper ist unheilbar" keine unberechtigte und ursachlose Uebertreibung ist.

Es ist eine der undankbarsten Aufgaben einen inveterierten oder subakuten Tripper zu behandeln. Der Kranke sucht den behandelnden Arzt fleissig eine gewisse Zeit hindurch auf und unterwirft sich allen seinen Anordnungen, aber früher oder später verliert er die Geduld ebenso wie der Arzt, der seine Mühe vergeblich sieht.

In den letzten Jahren hat die Sache der Behandlung des Tripers und dessen Komplikationen dennoch Fortschritte gemacht.

Unser Arzneischatz wurde mit zahlreichen Behandlungsweisen und mit noch mehr neuen Medikamenten bereichert, welche, sofern sie ihre Existenz wissenschaftlichen Forschungen und nicht zufälligen Entdeckungen verdanken, die Therapie wesentlich vorwärts gebracht haben.

Heutzutage hat sich das Motz'sche Irrigationsverfahren, welches ebensogut bei akuten wie bei subakuten, ja sogar bei chronischen Fällen Verwendung findet, besonders wenn es durch gewisse

*) Aus Deutsche med. Presse, 1906, No. 11.

per os verabreichte Harnantiseptika unterstützt wird, bewährt.

Wir besitzen eine Menge solcher Antiseptika. Ich habe im Herbst letzten Jahres mit Arhovin Versuche anzustellen angefangen und die folgenden Beobachtungen damit gemacht.

Das „Arhovin" ist eine aromatisch riechende Flüssigkeit von schwach brennendem Geschmack, weshalb es in Gelatinekapseln (0.25 gr) gegeben wird. Es ist nicht giftig und übt auf den Magen und Darm keine unangenehmen Wirkungen aus, auch reizt es die Nieren überhaupt nicht. Was die Resorption des Präparates anbelangt, so haben meine Versuche ergeben, dass es sehr rasch vom Magen (in zirka 20 bis 25 Minuten) resorbiert wird, und von den Nieren schon umgewandelt, das heisst weit verändert, ausgeschieden wird, wovon man sich durch Harnanalyse leicht überzeugen kann. Eben die verändert Form ist diejenige, welche eine bakterizide Eigenschaft besitzt, während die unveränderte Form nur in gewissem Sinne eine bazillentötende Wirkung aufweist. Vorteilhaft ist die innerliche Darreichung wegen des langen Verweilens des umgewandelten Arhovins im Harn, da es diesen einerseits sauer erhält, ihn andererseits auch klärt. Der Säuregrad des Harnes ist so ausgeprägt, dass der Arhovinharn meist 14 bis 18 Tage sauer blieb, während normaler Harn, insbesondere bei der hohen Sommertemperatur in kürzester Zeit einer ammoniakalischen Gährung unterlegen ist.

Zu den Versuchen waren die Fälle nicht gewählt. Ob die Fälle nun frisch, chronisch, einfach oder kompliziert waren, blieb mir gleich. Ich habe sogar ein besonderes Gewicht darauf gelegt, zu meinen Versuchen verschiedene Fälle zu gebrauchen, wie sie die Praxis mir darbot.

Im Ganzen habe ich das „Arhovin" in 73 Fällen prüfungshalber angewandt und zwar in 35 Fällen von akuter Urethritis anterior, in 13 von Urethritis acuta anterior et posterior, in 20 chronischen und in 5 Fällen von Urethrocystitis.

Bei den 35 schmerzhaften akuten Fällen fand bis auf die üblichen Diätvorschriften keinerlei weitere Medikation, besonders keine lokale Behandlung statt, so lange das Arhovin seine Wirkung entfaltete. Sobald sich aber zeigte, dass das Arhovin zu versagen begann, wurde die Behandlung mittelst Protargol-Albargin- oder Hermophenyl-Einspritzungen vervollständigt.

Ich muss es noch betonen, dass diese Ergänzung der Behandlung in zusammen nur 4 Fällen nötig war, darunter war einer gleich am 5. Tage der Erkrankung mit einem Urethral-Abszess kompliziert. Der zweite war ein ausserordentlich schmerzhafter Fall: der Kranke ein sehr stark sensitiver Mann, bei dem ich Kokain- und Adrenalin-Instillation verwenden musste, um die peinlichen Schmerzen zu lindern. In den übrigen zwei Fällen musste ich die Einspritzungen wegen der enorm starken Sekretion vornehmen. Die in diesen Fällen gleichzeitig angewandte Arhovindosis betrug 6 Kapseln (a 0,25). In den meisten Fällen war auffallend das rasche Aufhören des Schmerzes, Fehlen der schmerzhaften Erektionen, Aufhören der Entzündungserscheinungen in dem Harnröhrenende und an der Eichel, die rasche Umwandelung des Sekretes vom dicken grünlich-gelben Eiter in weisse schleimige seröse Flüssigkeit, Vermeidung des Eindringens des Trippers in die hintere Partie der Harnröhre. (Aus den 55 vorderen Trippern ist nur in 7 Fällen ein hinterer geworden.)

In keinem einzigen Falle habe ich die Verabreichung des Arhovins aussetzen müssen, ich kann sogar apodiktisch erklären, dass in den meisten Fällen sich keine unangenehme Nebenerscheinungen seitens des Magens bemerkbar machten, vielmehr wurde das Mittel von den Kranken sehr gut vertragen.

Bemerkenswert ist noch, dass viele meiner Kranken teils aus Mangel genügender Intelligenz teils wegen Zwang,

Dienst zu leisten nicht nur nicht zu Bette lagen, sondern nicht einmal die angemessene Diät einhielten. Trotzdem war die Wirkung des Arhovins sehr befriedigend, wenn auch nicht so auffällig, wie bei den das Bett hütenden Kranken.

Was die Urethritis acuta anterior und posterior betrifft, so habe ich gleich bei Beginn der Behandlung Irrigation der Harnröhre, nachher Installation mit einprozentiger Protargollösung und Arhovin verabreicht. In allen Fällen waren die Resultate sehr befriedigend. Ob ich dies dem Arhovin oder den Einspritzungen verdanke, kann ich hier schwer beantworten.

In den chronischen, vernachlässigten Fällen habe ich Vergleichs-Experimente angestellt und zwar habe ich in 10 Fällen das Motz'sche Verfahren angewandt ohne Arhovin-Verabreichung und in anderen 10 Fällen dasselbe mit Arhovin. Der Erfolg brachte dem Arhovin die wohlverdiente Anerkennung, denn während die Prostatitiden der chronisch erkrankten Patienten, die kein Arhovin genommen haben, trotz der strengsten Behandlung keinen wesentlichen Fortschritt in der Besserung zeigten, wurden diejenigen, welche das Arhovin genommen hatten, von den Prostatitiden schnell befreit und nahm auch die Eiterung von Tag zu Tag ab. Bei mehreren dieser Kranken habe ich zu Beginn der Behandlung und auch gegen das Ende der dritten Woche wiederholt mikroskopische Untersuchungen vorgenommen, um festzustellen, ob und inwiefern das Arhovin eine bakterientötende Wirkung bei veralteten Fällen entfalte. In der Mehrzahl der Fälle war der Bakterienbefund negativ, was als ein wertvolles Resultat zu betrachten ist.

Die Behandlungsdauer bei den chronischen Fällen schwankte zwischen einem Minimum von 3½ und einem Maximum von 6 Wochen.

Was die Fälle der mit Urethrocystitis belasteten Patienten betrifft, so hat sich das Arhovin als ein zuverlässiges und allen Ansprüchen und Anforderungen entsprechendes antigonorrhoisches Mittel bewährt.

Unter den Patienten befanden sich drei mit sehr schweren Symptomen belastete: Harndrang, blutige Miktion, Fieber, Brechreiz und auch andere Allgemeinerkrankungen. Lobenswert war hier die Wirkung des Arhovin umsomehr, als diese Kranken keiner lokalen Behandlung unterworfen wurden (nur Opium und Arhovin wurden dargereicht) — und doch wichen die schweren Allgemeinsymptome bald.

Obwohl bei diesen Patienten zu Protargol- und Hypermangan-Kali-Einspritzungen Zuflucht genommen werden musste, hatte ich doch den Eindurck, dass von allen bisher angewandten Mitteln keines so schnell eine derartig befriedigende Wirkung hervorzubringen vermocht hat wie das Arhovin.

Wenn ich jetzt die vorstehend angeführten Ergebnisse zusammenfasse, so muss ich dahin konkludieren, dass das Arhovin die wichtigsten Eigenschaften und Errungenschaften eines inneren Antigonorrhoikums darstellt, da es eine grosse Zahl der Fälle ohne lokale Behandlung heilt, Komplikationen behebt und in denjenigen Fällen, welche der lokalen Behandlung nicht entbehren können, den Heilungsprozess durch Verabreichung angemessener Dosen wesentlich erleichtert und damit den Verlauf der Krankheit erheblich verkürzt. — Wenn wir noch in Betracht ziehen, dass das Arhovin ein billiges Präparat ist, dann können wir mit dem besten Gewissen unseren Kollegen die Verordnung des Arhovin empfehlen.

Aerztliche Beklemmungen.*

Von Dr. Sigmar Karplus-Charlottenburg.

Wer einmal eine Geschichte des ärztlichen Standes schreiben will, wird ein besonders ausführliches Kapitel dem Einfluss ärztlicher „Koryphäen“ auf das Ansehen des Standes in der Oeffentlichkeit widmen müssen. Es gibt wohl keinen zweiten Stand, — die katholischen Theologen ausgenommen — der einen so starken Glauben an seine „Autoritäten“ in die Gemüter der grossen Masse gepflanzt hat, wie der ärztliche.

Ich stehe nicht an zu behaupten, dass die Aerzte zunächst zu eigenem höheren Ruhme die Unfehlbarkeit und Gottähnlichkeit ihrer jetzt nach vielen Hunderten zählenden Meister statuiert haben. Gibt es in der Medizin so viel gottähnliche, hervorragende Berühmtheiten, so ist es natürlich etwas Erhabenes, Arzt, Zunftgenosse zu sein. Durch die Freiheit des ärztlichen Standes hat er keine vom Staat verliehene Autorität, wie sie die Vertreter der übrigen akademischen Berufe, die Theologen, Richter, Regierungsbeamten in ihren Staatsstellungen geniessen. Man musste sich die Autorität selbst verleihen und tat dies in Deutschland seit langem in einem überschwenglichen Feiern medizinischer Universitätsprofessoren. Man braucht nur die Zeitungen daraufhin zu verfolgen, um die Erfahrung zu machen, dass mit den Herren von unserer Fakultät durch die Schuld der Aerzte byzantinistischer Unfug getrieben wird, wie er bei den Professoren der anderen Fakultäten gar nicht vorkommt. Wie üblich geht bei dieser Sache Deutschland in der Welt und Preussen in Deutschland voran.

Durch diese fortgesetzte, gewohnheitsmässige Beweihräucherung der zu unfehlbaren Koryphäen gestempelten Professoren haben sich die Aerzte selbst eine Rute gebunden, unter deren Schlägen sie bluten.

Ihren Professoren haben sie eine teilweise ungebührliche Stellung und ein ihnen nach Massgabe ihrer Leistungen häufig gar nicht zustehendes Ansehen verschafft, den Stand an sich aber sehr geschädigt. Statt einer Hebung des Aerztestandes haben sie dadurch das Gegenteil erreicht, sich selbst zu unmündigen Schülern erniedrigt, auf deren Beratung wenig zu geben ist. Jeder halbwegs anständige Mensch einer Universitätsstadt, dessen Geldbeutel mit einigen Silbermünzen gefüllt ist, konsultiert daher nur den Professor und gibt sich mit den gewöhnlichen, unmassgeblichen praktischen Aerzten erst gar nicht ab. Dass dabei der professorale Weizen gedeiht, bedarf keinen Kommentars. Das wäre noch kein Unglück, wenn eben nicht das Selbstgefühl, der Mannesstolz der Aerzte verloren ginge, den sich jeder Assessor, Pfarrer, Oberlehrer u. s. w. bewahrt hat.

Aber eine zweite Schattenseite hat die Ueberschätzung des Medizinprofessors, das ist die dadurch hervorgerufene und durch Aussicht auf gewinnbringende Praxis noch gesteigerte Sucht der Medizinautorität, von sich reden zu machen, in der Oeffentlichkeit hervorzutreten. Dadurch ist in das wissenschaftlich-medizinische Leben eine beispiellose, die Medizin diskreditierende Unruhe hineingetragen worden. Alle Augenblicke sogenannte Entdeckungen, Zurückweisungen dieser Entdeckungen, kritiklose Reklame für alle möglichen pharmazeutischen Industrieprodukte in Form wissenschaftlicher, „exakter“ Arbeiten.

Die Aerzte können den wahren Unwert dieser Arbeiten nicht sofort erkennen — in anderen Berufen ist es ja leichter — sie leisten den Autoritäten in der Empfehlung aller möglichen und unmöglichen Arzneimittel nur allzuwillig Gefolgschaft, um dann später einzusehen, dass ihre Vertrauensseligkeit getäuscht

*) Aus Deutsche med. Presse, 1906, No. 10.

worden ist und in voreiliger Weise irgend einem Professor ein ganz ungebührliches Ansehen verschafft hat.

Es wechseln Theorien und Therapiearten, wie die Mode. Kein Wunder, dass die Medizin und der ärztliche Stand in manchen Kreisen ihren Kredit verloren hat, gerade durch die vielgerühmte Arbeitsweise unserer Gottähnlichen.

Die Kurpfuscher kennen natürlich diese Krebsschäden genauer als andere und nutzen sie als hinreichenden Agitationsstoff für ihre „aufklärenden und belehrenden" Vorträge aus. Das Traurige ist, dass sie mit vielem, was sie sagen, Recht haben, und es ist töricht von den Aerzten, unbedingt alles abzuleugnen, was jenen von der Schulmedizin, die von häufig leichtfertigen und kritiklosen Fakultätsbonzen gemacht wird, sagen.

Wollen wir unser Ansehen und unsere Geltung im Publikum erhöhen, dann müssen wir künftig kritischer, bewusster und vorsichtiger bei der Aufnahme dessen sein, was Professoren uns bieten.

Ein Novum wird uns Aerzten zugemutet in einem Aufruf des Komitees zur Ansiedlung lungenkranker Arbeiter in der Kolonie Dt. Südwestafrika, der unter anderem auch von zahlreichen hervorragenden medizinischen „Autoritäten" unterzeichnet ist. Wie der Name des Komitees besagt, beabsichtigt es, als Hilfstruppen im Kampfe gegen die Tuberkulose unsere Kolonien einzustellen. U. a. heisst es in dem Aufruf wörtlich:

> „Auch würde durch eine derartige Besiedelung (i. e. Lungenkranker in den Kolonieen, d. Vrf.) der Wiederaufbau der Kolonie gefördert werden.
>
> Um die für grössere Unternehmungen notwendigen wissenschaftlichen und praktischen Grundlage zu gewinnen, halten es die Unterzeichneten für erforderlich, dass eine Anzahl nach bestimmten Grundsätzen ausgewählter Kranker in die Kolonien gesandt werden, um an ihnen die Heilwirkung des Klimas festzustellen."

Die angeführten Sätze besagen Bände. Man soll also mit Tuberkulösen Experimente auf die Heilwirkung des Klimas unserer Kolonien anstellen, um event. den Wiederaufbau unserer Kolonien zu fördern.

So verstehen also die Herren den Kampf gegen die Tuberkulose. Wollen die Aerzte den Kurpfuschern und anderem ärztefeindlichen Gesindel nicht Gelegenheit geben, mit diesem Aufruf den Aerztestand in grossen Volksversammlungen zu diskreditieren und zu verhöhnen, so müssen sie bei Zeiten gegen ihn protestieren. Wir betrachten Tuberkulöse nicht als Versuchskaninchen und kein humaner Arzt darf seine Hand dazu bieten, Kranke einem ungewissen Schicksal in unseren Kolonien auszuliefern.

Wir müssen hier ganz scharf von der durch die „Autoritäten" vorgezeichneten Bahn abschwenken. Ohne die Aerzte wird es ja nicht gelingen, das Projekt auszuführen.

Wir Praktiker werden die sich an uns vertrauensvoll wendenden tuberkulösen Kranken gewissenhaft beraten und keine kolonialen Experimente mit ihnen machen. Sollten aber übereifrige Fürsorgestellen versuchen, im Sinne des erwähnten Aufrufes zu wirken, so müssen die Aerzte im grossen Stile in Wort und Schrift und, wenn es not tut, in öffentlichen Versammlungen eindringlich vor ihren Ratschlägen warnen.

Den Aerzten ist bei Bekämpfung dieses Planes ein starker Bundesgenosse in den Krankenkassen erwachsen, den sie in wirtschaftlichen Kämpfen gewöhnlich als heftigen Feind sich gegenüber sehen.

Die Deutsche Krankenkassenzeitung berichtet in ihrer letzten Nummer vom 1. 5. 06. in einem Artikel „Die Verschickung Lungenkranker nach Südafrika" über einen Vortrag des Kollegen Katz, des Vaters des Gedankens der Besiedlung Afrikas durch Tuberkulöse, den er am 26. 4. a. cr. vor einer Versammlung der Berliner Kassenvorstände hielt.

Danach sollen Tuberkulöse in den klimatisch günstigen Teilen Südafrikas Gärtner- und Landarbeit verrichten. Zur

kulturellen Aufschliessung des zu bebauenden Landes sollen die Landesversicherungsanstalten ihre Kapitalien hergeben, welche sich angeblich schätzungsweise mit 8 Prozent verzinsen würden.

Ein Kommentar ist überflüssig. Angeführt sei hier nur die in der Krankenkassenzeitung mitgeteilte sehr verständige Resolution der Berliner Kassenvorstände: „Die Versammlung der Kassenvorstände Berlins protestiert dagegen, dass der Kampf gegen die Tuberkulose mit dem Nebenzwecke der Besiedlung von Kolonien in Afrika verquickt wird und bedauert, dass sich eine Reihe ärztlicher Autoritäten für diese Verquickung ausgesprochen. Dem Heilzwecke nach dem heutigen Stande der Wissenschaft unter Berücksichtigung erschwinglicher Kosten dürften die deutschen Volksheilstätten nach einer entsprechenden Vermehrung genügen. Selbst aber wenn die für Afrika erwarteten Heilerfolge einträfen, bliebe die wirtschaftliche Zukunft der Geheilten dort im höchsten Grade ungewiss; der Gedanke, dass die Landesversicherungsanstalten viele Millionen für Kulturarbeiten in Afrika verwenden könnten, ist aussichtslos. Die Krankenkassenvorstände warnen ihre Mitglieder eindringlich davor, sich zu Versuchszwecken in Südafrika herzugeben, und sie empfehlen, Spenden für Tuberkulosebekämpfung, oder Spenden für koloniale Zwecke getrennt ihrer Bestimmung zuzuführen."

Siedle man in unseren Kolonien gesunde, kräftige, abenteuerlustige junge Leute an, die häufig im Inlande versagen, sich aber als Pioniere der Kultur erweisen, wenn man ihnen Gelegenheit gibt, nach ihrem Sinne in freierer, von der Schablone abweichender Weise sich ihr Leben zu gestalten.

Tuberkulöse, bei denen sich ja wohl auf einige Jahre, aber selten auf die Dauer Erfolge erzielen lassen, müssten in den Kolonien bald Opfer der Ausbeutung durch Lebenstüchtigere werden.

Wir müssen uns hüten, in unseren Kolonien das europäische System rücksichtsloser kapitalistischer Ausbeutung einzuführen oder zu begünstigen. Hier haben wir noch eine günstige Gestaltung des wirtschaftlichen Lebens in der Hand, wenn gesunde, kräftige, junge Leute durch vorteilhafte Bedingungen, wie Verteilung von Grund und Boden, Erleichterungen im Avancement für die Beamten etc. zu einer Ansiedelung gelockt werden.

Es ist betrübend, dass selbst der bedeutendste heut lebende medizinische Forscher, Robert Koch, den ominösen Aufruf unterzeichnet hat. Aber diese Tatsache zeigt auch, dass wir Aerzte ein selbständiges Urteil bewahren müssen selbst Vorschlägen gegenüber, die von einem wirklich hervorragenden und wissenschaftlich bewunderungswürdigen Manne gebilligt und unterstützt werden.

Das aktuelle Beispiel der Befürwortung der Ansiedlung Lungenkranker in Afrika durch zahlreiche Autoritäten der Medizin zeigt wohl hinreichend, in wie hohem Masse diese Herren das Ansehen des ärztlichen Standes im Publikum erschüttern können, wenn die Aerzte sich kritiklos zu Sprachrohren und ausführenden Händen dieser Herren hergeben.

Es lag nicht in meiner Absicht, hier ausführlicher auf die eigentümliche Stellung der medizinischen Professoren und ihr Verhältnis zu den praktischen Aerzten einzugehen. Das sei einer späteren besonderen Betrachtung vorbehalten. Es sei hier nur noch darauf hingewiesen, ob es im Interesse der ruhigen Entwickelung der medizinischen Wissenschaft nicht berechtigt wäre, den ordentlichen Medizinprofessoren die private Ausübung ärztlicher Praxis ganz zu untersagen.

So ohne Beispiel ist diese Forderung nicht! Die Professoren der Jurisprudenz könnten gewiss auch aus der Verteidigung fallierter Bankdirektoren oder anderer vermögender Angeklagter hohen pekuniären Gewinn ziehen. Aber hier ist Gewerbebetrieb, Praxis und Wissenschaft streng getrennt.

Was in der Jurisprudenz geht, geht auch in der Heilkunde. Solange aber den Professoren die Ausübung ärztlicher Praxis gestattet ist, sollte man ihnen zu diesen Rechten auch die Pflichten des ärztlichen Standes auferlegen. Von ihnen sind sie aber zum Teil frei, der ehrengerichtlichen Judikatur sind sie nicht unterstellt.

Viel Aufhebens von sich macht jetzt eine Bewegung der Assistenzärzte, welche einen Zusammenschluss derselben zum Schutz gegen dienstliche und wirtschaftliche Ausbeutung durch ihre Oberkollegen, d. h. Chefs bezweckt. Amüsant ist, dass dieser projektierte Assistenzarztverband eine Unterabteilung des Leipziger Verbandes bilden soll, also desselben Verbandes, dem die sogenannten Chefs angehören.

Vielleicht wird sich demnächst nach diesem Vorbilde der Metallarbeiterverband als Unterabteilung dem Arbeitgeberverband anschliessen.

Die naiven Herren, die die Assistenzarztbewegung in „grosszügigen" Artikeln machen, wissen garnicht, dass der Leipziger Verband ihnen gar nicht helfen will oder zum mindesten nicht kann.

Ich könnte den Herren jedenfalls überaus laute Führer des Leipziger Verbandes nennen, die ihre poliklinischen Assistenten nicht nur gering besolden, sondern überhaupt nicht bezahlen, sicherlich nur deswegen, weil sie überhaupt die ärztlichen Leistungen ihrer Assistenten für unbezahlbar halten.

Ich habe im Jahre 1904 in No. 18 der Deutschen Med. Presse in einem Artikel „Aerzte als Arbeitsgeber" die Ausnutzung der jungen Aerzte durch ihre älteren Kollegen beleuchtet und stützte mich dabei ausschliesslich auf Berliner Verhältnisse. Ich erwähnte Fälle, wo in Polikliniken mit grosser Kassenpraxis und ziemlich erheblichen Einnahmen Assistenten bei mehrstündiger täglicher Arbeitszeit monatlich Mk. 20, — erhielten. Ich konnte zeigen, dass der Unfug, der sich in grossen Handwerkerbetrieben aus Sparsamkeitsrücksichten in Form der Lehrlingszüchterei eingeschlichen hat, in gut frequentierten Polikliniken in der Form von „Volontären" breit gemacht hat, eine Bezeichnung, die nur dazu diente, den Assistenten klar zu machen, dass sie trotz voller Assistentenpflichten keinen Anspruch auf Honorierung hätten.

Ich habe damals den Artikel allen „Führeren der Standesbewegung" zugesandt, ohne dass jemand von diesen Hütern der Standesehre in Wort und Schrift, die Kliniken- und Polikliniken-besitzer auf das nobile officium der Bezahlung der in einem Pflichtverhältnis stehenden Assistenten hingewiesen hätte. Und der Leitung dieser Herren will man den Assistentenverband anvertrauen. Ich glaube im Recht zu sein, wenn ich die grosse Zahl ärztlicher Streikbrecher damals auf das erzieherisch schlimm wirkende Vorbild vieler älterer Aerzte zurückführte, die ihre jüngeren Kollegen nach allen Regeln der Kunst ausbeuteten.

Hoffentlich verfallen die Leiter des sicherlich in Bälde ins Leben tretenden Assistentenverbandes nicht auf die famose Idee, für den Verband resp. die Ansammlung eines Verbandsfonds, in reichen Kreisen schnorren zu geben um die ärztlichen Chefs zu schonen und ihnen keine Zahlungspflichten für ihre Assistenten auferlegen zu müssen. Es wäre nicht das erste Mal, dass im ärztlichen Interesse die Sammelbüchse bei hochvermögenden Damen und Herren herumgereicht wird.

Es ist in der jüngsten Zeit bereits ein Präzedenzfall geschaffen. In der Vorhalle des Kaiserin-Friedrichhauses prangen 2 Tafeln, auf denen mit goldenen Lettern die Namen der Donatoren verzeichnet sind, die für ihren Wohltätigkeitssinn im Kaiserin-Friedrichhaus das letzte Abzugsventil ersahen, das ihn vor gefährlichen Explosionen schützte, die sonst womöglich blindwütend Arbeitgeber- oder gar Streikorganisationen in Deutschland oder Russland bedroht hätten. So haben reiche vornehme Kreise

für einen „würdigen" Zweck, für die Fortbildung von Arztproleten in humaner Weise etwas tun können, für die es natürlich an einer genügend grossen Zahl von Lehrstätten in Berlin fehlte.

Die unentgeltliche Fortbildung findet nun in Kursen statt, den Wert ihrer Organisation hat M u g d a n in der Aerztekammer hinreichend beleuchtet. Ich möchte die Angaben M u g d a n s noch etwas ergänzen.

Es finden in diesem Quartal 17 verschiedene Kurse mit beschränkter Teilnehmerzahl statt. Dass bei dieser minimalen Zahl nicht sämtliche Spezialfächer, nicht einmal alle grösseren — es fehlt u. a. jetzt im Sommer ein Kurs über Kinderheilkunde — vertreten sind, bedarf keiner Betonung. Jedes Fach ist nur einmal durch einen Lehrer vertreten. Schlägt man ein Vorlesungsverzeichnis der Kgl. Universität auf, so fällt einem die Wahl schwer unter der Fülle der Lehrgenies, die sich für jedes Fach anbieten. Das gleiche gilt ja für das Verzeichnis der Ferien-Kurse des Dozentenvereins. Jedes einzelne Fach ist hier durch zahlreiche Lehrer jeden Alters vertreten. Die Wissenschaft wird für gute Preise in konzentrierter Form in 6—8 wöchentlichen Lehrstunden verzapft.

Die Lehrmethode der unentgeltlichen Fortbildungskurse zieht mehr die homöopathischen Dosen vor, 1 mal die Woche 1½ Stunden 2—3 Monate lang. Man hat dadurch jedenfalls Gelegenheit sich die ganze Woche hindurch auf die tiefgründige Vorlesung sich vorzubereiten. Geht es mit der Organisation der Fortbildungskurse so fort, dann besteht der Wert des Kaiserin-Friedrichhauses nur darin, dass eben für einen Arzt ein Direktorposten in Berlin geschaffen ist, etwas, was vom Standpunkt ärztlicher Standes- und Wirtschaftsbestrebungen mit Freude zu begrüssen ist.

Gelegenheit zur ärztlichen Fortbildung war in Berlin stets im reichsten Masse vorhanden, nur war sie teuer. Die unentgeltlichen Fortbildungskurse boten bisher nichts. Die Aerztekammer wird gut tun, sich genau zu überlegen, ob sie es verantworten kann, für die paar Kurse von geschilderter Art jährlich Mk. 1000 — zu opfern.

Die dirigierenden Aerzte der städtischen Krankenhäuser und ihre Prosektoren könnten, wenn sie wollten, auch ohne Kaiser-Friedrichhaus wertvolle, unentgeltliche Fortbildungskurse organisieren. Allerdings gehörte dazu ein gewisser Idealismus und Opferfreudigkeit, seltene Artikel.

Eine ausgezeichnete Fortbildungsmöglichkeit für einen Teil der Berliner Kassenärzte könnte durch den Bau des Diagnostischen Institutes des Vereins Berliner Kassenärzte entstehen. Die angestellten Leiter des Instituts müssten zum Abhalten von Laboratoriumskursen als einem integrierenden Bestandteile ihrer Tätigkeit verpflichtet werden.

Zum Schluss meiner Betrachtungen, die sich nicht gerade auf erfreuliche ärztliche Zustände erstrecken, etwas, das uns nicht so sehr als Aerzte, wie als Menschen interessiert. Der Bund für Mutterschutz hat an sämtliche Kultusministerien eine Eingabe gerichtet, in der die sexuelle Belehrung der Schulkinder durch den Schulunterricht gefordert wird.

Begründet wird die Petition damit, dass die Quellen, aus denen die Kinder ihre sexuelle Aufklärung schöpfen, vergiftet sind und die bestehende Zügellosigkeit des sexuellen Lebens mit der allgemein herrschenden Entartung Folgen dieser im Kindesalter erworbenen Intoxikation sind.

Man erkennt aus dieser Würdigung unseres Kulturzustandes und der ätiologischen Begründung den Scharfblick und die kühne Phantasie des Bundes für Mutterschutz. Der Vorwärts, der gewiss an unseren Zuständen nur ungern ein gutes Haar lässt, weist jedenfalls das Bestehen der allgemeinen Entartung zurück.

Es ist wirklich merkwürdig, dass in einer Zeit der Pflege der Kunst im Le-

ben des Kindes, wo man der kindlichen Phantasie freieren Spielraum geben will, sich solche Anschauungen und Wünsche an die Oeffentlichkeit wagen können. Möglicherweise kann ja eine geeignete Lehrerin, die sexuelle Aufklärung lehrt, durch ihre Person vorübergehend Knaben einen Horror vor dem Sexualleben beibringen, aber wenn sie auf die Kinder nicht mehr belehrend einwirkt, ist dieser sittliche Einfluss vorbei.

Es ist ja kaum anzunehmen, dass diese Petition irgend etwas erreicht, denn jeder, der im Vollbesitze seiner Sinne ist, weiss, dass die Zügellosigkeit andere Ursprünge hat als die erste, selbst unreine Quelle sexueller Aufklärung.

Den zarten Kindern die fromme Lüge, die ethisch ist. Hat ein Vater eine andere Ansicht darüber, so kann er persönlich die Aufklärungsarbeit übernehmen. Eltern aber zwingen, ihre Kinder von einer dritten Person darüber aufklären zu lassen, ist absurd.

Nach der Richtung bleibe der Schulunterricht der Kinder, wie er war. Hier gelte die reaktionäre Devise des Hauses von Massow, was so, is so, bliwt so.

Sitzungsberichte

Ausserordentliche Sitzung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Dienstag, den 15. Mai 1906,
zu Ehren von
Professor Dr. **A. Dührssen**, Berlin.

Präsident Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Versammlung gegen 9 Uhr mit folgender Ansprache: Die Deutsche Medizinische Gesellschaft ehrt durch eine ausserordentliche Sitzung heute Abend den Namen eines Mannes, der innig mit den Fortschritten der Gynäkologie verbunden ist. Unser verehrter Gast hat die Geburtshilfe und das Gebiet der Frauenkrankheiten durch wissenschaftliche Arbeiten bereichert, und es gereicht uns allen zur Ehre, ihn heute Abend als unseren Gast begrüssen zu können. Es ist Ihnen ja allen bekannt die Dührssen'sche Methode der vaginalen Uterusfixation, ferner die Methode unseres verehrten Gastes, durch Vaginalschnitt die kranken Beckenorgane zu Gesicht zu bekommen und der Heilung zugänglich zu machen. Gerade jetzt ist der vaginale Kaiserschnitt, dessen Indikationsstellung und Ausführung den Bemühungen unseres Gastes zu verdanken ist, im Mittelpunkt der ärztlichen Diskusison. Unser Verständnis für diese Frage erweitert sich, und unsere Anschauungen gewinnen erhöhtes Interesse dadurch, dass wir den Standpunkt des Gelehrten aus seinem eigenen Munde zu erfahren in der Lage sind. Diese Gelegenheit bietet sich uns heute Abend durch die Anwesenheit unseres verdienten Gastes, des Herrn Professors Dr. Dührssen von Berlin.

(Die Versammlung gibt ihre Zustimmung durch stürmischen Beifall zu erkennen.)

Die Versammlung tritt hierauf in die Tagesordnung ein.

1. **Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten.**

a. Dr. H. J. Boldt: **Resektion eines Teils des Uterus — lig. latum und eines Ovarial-Abszesses puerperaler septischer Infektion wegen. Vorstellung des Präparates.**

Goldie M., 19 J., wurde am 6. Oktober gesehen. Drei Tage nach der Geburt hatte sie eine Temperatur von 104,5 F. (Der Uterus blieb gross und schwammig.) Am 3. Mai, in der Narkose, war es die Absicht, eine vaginale Coelistomie vorzunehmen und je nach dem sich bietenden Befund zu handeln. Es stellte sich aber bei der vorher vorgenommen Untersuchung heraus, dass der Uterus in dem an der rechten Seite vorhandenen Exudat so fest eingekeilt war, dass hiervon Abstand ge-

nommen wurde. Die ganze rechte Kante des Uterus war stark verdickt. Die Leukozytose betrug 22,000. Am 4. Mai wurde der Leib geöffnet, und die rechte verdickte Uteruspartie, die, wie es sich herausstellte, kleine Abszesse enthielt, mitsamt dem eitrig infiltrierten lig. latum und Ovarial-Abszess samt der interstitiell eitrig infiltrierten Tube entfernt. Ein Drittel der rechten Seite des Corpus uteri wurde hierbei exzidiert. Schluss der gesetzten Wunden und des Bauches. Glatte Genesung. Das Fieber ging sofort nach der Operation herunter, so dass die Temperatur nach 36 Stunden normal war.

b. Dr. H. J. Boldt: **Resektion eines Teils der Blase wegen Karzinom des Blasenendes des Ureters. Vorstellung der Pat. und des Präparates.**

Lena K., 50 J. alt, gab an schon längere Zeit an Haematurie zu leiden. Sie klagte über Schmerzen in der linken Nieren- und Harnleitergegend. Eine genauere Untersuchung mittelst Cystoskops stellte eine Neubildung im Blaseninnern fest, die die Mündung des betreffenden Harnleiters umgab. Hr. Dr. Bierhoff, der die Pat. ebenfalls untersuchte, sprach die Neubildung als papillares Karzinom an. Am 25. August wurde operiert. Der Blasenschnitt, nachdem der Leib geöffnet war, fing am Blasenscheitel an und wurde so geführt, dass die Neubildung etwa 1 cm im gesunden Gewebe umschnitten wurde. Dann wurde der Harnleiter freigelegt und etwa 3 cm von der Blase durchtrennt. Der Ureter wurde nun 1 cm weit gespalten und der gespaltene Ureter in die Blase geführt und jede Hälfte desselben mit einer Seidennaht befestigt; darauf Schluss der Blase und Einlegung eines Dauerkatheters. Die Bauchwunde wurde im unteren Winkel auf einige Tage durch ein Gazedrain offen gehalten. Ungestörte Heilung. Um die Seidenfäden bildete sich später eine Phosphatumkrustung, die später von Herrn Dr. Bierhoff entfernt wurde. Heute wurde Patientin abermals von Dr. Bierhoff genau untersucht und rezidivfrei gefunden. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Karzinom-Diagnose.

c. Dr. A. Brothers: **Fall von doppelseitiger Ovariotomie nebst Entfernung einer intraligamentösen Cyste im frühzeitigen Stadium der Schwangerschaft.** (Wird in ds. Monatsschr. als Originalarbeit publiziert werden.)

d. Dr. G. M. Edebohls: **Eclampsia puerperalis durch Nierendekapsulation geheilt.**

Dr. Edebohls stellt eine 21jährige, acht Monate schwangere Frau vor, an welcher er vor zehn Monaten wegen nach der Geburt ihres ersten Kindes auftretender Eclampsia puerperalis die beiderseitige Nierendekapsulation mit glücklichstem Ausgange vorgenommen hatte. Die Kranke, Patientin des Herrn Dr. J. L. Friedler, wurde in tiefster Uraemie und Bewusstlosigkeit mit involuntärem Kot- und Harnabgange von ihrer Wohnung in E.'s Privatklinik überführt und dort sofort am 9. Juli 1905 während eines heftigen Krämpfeanfalles beiderseits nephrokapsektomiert. Die Funktion der Nieren wurde durch die Operation wieder in Gang gesetzt; nach zwei Tagen war die Kranke ausser Gefahr. Seit ihrer Entlassung am 23sten Tage nach der Operation erfreut sich die Frau dauernd der besten Gesundheit und befindet sich zur Zeit im achten Monate ihrer zweiten Schwangerschaft. Der Urin ist vollständig normal und die zweite Schwangerschaft ist bislang beschwerdefrei verlaufen. Der Fall soll in extenso veröffentlicht werden.

Prof. Dr. Dührssen bemerkt zu den vorstehenden Fällen folgendes:

Die Mitteilungen von Dr. Boldt und Dr. Brothers haben mich sehr interessiert, da ich in derselben Richtung gearbeitet habe. Ich möchte zunächst auf den zweiten von Dr. Boldt berichteten Fall eingehen, auf die Durchtrennung des Ligamentum latum bei eitriger Adnexerkrankung. Ich habe diese vollständige Durchtrennung des Ligamentum latum bei Pyosalpinx und Pyoovarium in manchen Fällen vaginal ausgeführt und diese Methode als Colpo-Coeliotomia

anterior lateralis bezeichnet. Sie sehen die Methode hier bildlich dargestellt (Redner erläutert einzelne der Bildertafeln an der Wand). Ich habe einen Fall erlebt, wo die Adnexe der einen Seite vollständig eitrig erkrankt waren und entfernt werden mussten, wo aber die Adnexe der anderen Seite gesund waren und wo die Betreffende schwanger wurde. Leider endete diese Schwangerschaft im achten Monat mit einer Frühgeburt, weil die Patientin an einer Meningitis zu Grunde ging. Bis dahin war aber die Schwangerschaft normal verlaufen.

Ich habe solche Fälle, wie sie Dr. Boldt mitgeteilt hat, auch ventral operiert und halte es für sehr wichtig, dass man in solchen Fällen, wo die Adnexe der einen Seite vollständig mit Eiter gefüllt sind, also Pyosalpinx und Pyoovarium existiert und das Ligamentum latum eitrig infiltriert ist, das ganze Ligament durchtrennt, so dass man eine ausgezeichnete Drainage ermöglicht. Ich habe sogar in solchen Fällen noch konservativ verfahren können, wo Abszesse im Ligamentum latum der anderen Seite vorhanden waren. Ich habe diese Abszesse gespalten und durch die Oeffnung im vorderen Scheidengewölbe auch diese Abszesse nach der Vagina hin drainiert. Ich glaube, wenn man in dieser Weise vorgeht, kann man die Resektion der Venen ganz entbehren. Denn man gewährt einer Patientin eine viel grösere Chance der Heilung, wenn man nicht die mit Eiter gefüllten Venen unterbindet, sondern dem Eiterherd eine ausgezeichnete Drainage nach unten hin verschafft.

Der von Dr. Brothers berichtete Fall hat mich besonders interessiert, weil ich verschiedene solche Fälle in der Schwangerschaft operiert habe. Und da möchte ich ganz besonders hervorheben, dass für diese Fälle von Ovarialtumoren in der Schwangerschaft die vaginale Ovariotomie durch das hintere Scheidengewölbe sich ganz ausserordentlich empfiehlt, also die Methode, welche hier zuerst i. J. 1870 von Dr. Thomas und später von Marion Sims und anderen ausgezeichneten amerikanischen Gynäkologen ausgeführt worden ist. Die Methode hat ihre Schattenseiten, aber in den ersten 5 Monaten der Schwangerschaft ist sie technisch leicht auszuführen. In diesen Fällen bietet sich eigentlich der Weg durch das hintere Scheidengewölbe ganz von selbst. Wenn Sie hier die ventrale Laparotomie machen, haben Sie einen grossen Uterus, der Ihnen im Wege ist, und um zu dem Tumor zu gelangen, müssen Sie in den späteren Monaten der Schwangerschaft erst den Kaiserschnitt machen. Ganz anders die vaginale Ovariotomie. Mit einem kleinen Schnitt von wenigen Zentimetern Länge ist der Douglas geöffnet, der Tumor drängt sich dann förmlich in die angelegte Wunde hinein. Sie fassen ihn mit einer Kugelzange und können auch seinen Stiel leicht abbinden, weil der Uterus beim Zug am Tumor eine Rotationsbewegung macht, welche die Cervix unter die Symphyse und den Fundus nach unten bringt. Ich habe nur einen Fall von Abortus nach dieser Methode beobachtet. Es handelte sich um die Frau eines sehr beschäftigten Berliner Advokaten. Ich exstirpierte den Tumor vaginal, nachdem ich dem Mann gesagt hatte, dass in 20 Prozent dieser Fälle Abortus eintrete. Die Sache verlief zunächst ganz gut, aber nach 16 Tagen trat eine Fehlgeburt ein. Ich konnte späterhin feststellen, dass diese Fehlgeburt durch doppelte Lues von materner wie paterner Seite bedingt war. Mir wurde aber die Schuld an dieser Fehlgeburt in die Schuhe geschoben, und bei Begleichung der Liquidation erklärte der Anwalt, wenn er gewusst hätte, dass mit dem Tumor auch das Ovarium entfernt würde, hätte er niemals seine Einwilligung zu dieser Operation gegeben, obgleich das andere Ovarium zurückgelassen war!

Was weiter die Schnittmethode von Dr. Brothers anbelangt, so bin ich in dieser Methode gleichfalls sehr interessiert, weil ich sie vielfach angewandt habe. Es ist das die Methode, die man in Deutschland mit dem Namen des Pfannenstiel'schen Querschnittes bezeichnet. Ich kann an der Hand von zahlreichen Fällen

bestätigen, dass die Methode auch in den schwierigsten Fällen alle Operationen an den Beckenorganen ermöglicht. Und die Heilungsresultate sind ideale. Ich habe bis jetzt unter zahlreichen Fällen später noch keine einzige Hernie gesehen, aber theoretisch besteht die Möglichkeit der Bildung einer Hernie an der Stelle, wo der Muskelspalt und die Fascienwunde zusammenstossen.

Ich bin von der Pfannenstiel'schen Schnittführung zu einer anderen Methode gekommen, die sich unter dem Namen der Lennander'schen kennen gelernt habe. Sie besteht darin, dass man rechts von der Mittellinie longitudinal einschneidet, dass man diesen Schnitt vertieft, die Rektusfascie spaltet, das innere Fascienblatt vom Muskel ablöst und nun den Muskel selber, der auf diese Weise frei geworden ist, von der Linea alba ablöst und nach aussen abzieht. Dann liegt das Peritoneum unterhalb des Muskels frei vor. Man durchschneidet das Peritoneum ebenfalls rechts von der Linea alba. Bei der nachfolgenden Naht vereinigt man zuerst das Peritoneum fortlaufend, lässt den Musculus rectus zurückklappen, näht ihn mit 1—3 Nähten an die Linea alba, näht dann die Fascie und schliesslich die Haut. Zwischen Peritonealer- und Fasziennaht ist so der rechte Musculus rectus in seiner ganzen Länge eingeschaltet, eine spätere Hernienbildung ist absolut unmöglich, weil kein shcwacher Punkt existiert.

Ich will noch kurz bemerken, dass ich diese Art der Faszienablösung auch für die Exstirpation des Appendix verwendet habe. Ich habe rechts einen halben Pfannenstiel'schen Schnit gemacht und die quergespaltene Faszie nach links oben von dem rechten musculus rectus abgelöst, um auf diese Weise das Peritoneum frei zu legen. Das Resultat ist so, dass bei der späteren Vernähung die Wunden der Faszie und des Peritoneums nicht übereinander liegen, sondern sich kreuzen. Ich habe auch in diesen Fällen noch keine Hernie entstehen sehen. Dieser Schnitt hat den Vorteil, dass man von ihm aus vollständig die Beckenorgane übersehen kann. Wir können von diesem rechtsseitigen Schnitt auch die linken Adnexe in die Bauchwunde hineinziehen und, wenn nötig, exstirpieren.

Den Lennander'schen Schnitt habe ich gestern hier ausgeführt. Es handelte sich in diesem Fall um Schwangerschaft, um Axendrehung eines rechtsseitigen Ovarialcystoms und um eine apfelgrosse Corpus Luteum-Cyste des linken Ovariums. Der Fall wäre möglicherweise auch vaginal zu operieren gewesen, aber es wurde die Lennander'sche Schnittführung über dem rechten Rektus als das einfachere Verfahren gewählt. Dr. Brothers teilte mir heute mit, dass dieser Schnitt hier in New York auch schon ausgeführt worden ist, und zwar von Dr. Kammerer. Ich habe diesen Schnitt aus dem gynäkologischen Handbuch von Döderlein kennen gelernt, und dort ist er unter dem Namen Lennander kurz beschrieben.

d. Dr. G. Edebohls: **Fall von Eklampsie.**

Prof. Dr. A. Dührssen: Wenn ich richtig verstanden habe, ist die Dekapsulation erst nach der Entbindung gemacht. Ich glaube, wir müssen Herrn Dr. Edebohls grossen Dank wissen, dass er uns für die Fälle von Eklampsie, die erst im Wochenbett auftreten und die so schwer sind, wie der Fall, den er beschrieben hat, einen neuen aussichtsvollen operativen Weg der Heilung gewiesen hat, und der Fall zeigt ja, dass wir diesen Weg mit aller Zuversicht betreten können. Ich möchte aber betonen, dass durch diese Operationsmethode nicht etwa die andere Therapie der Eklampsie in den Hintergrund gedrängt werden kann, und ich glaube, das ist auch die Ansicht von Dr. Edebohls, dass wir in allen Fällen von Eklampsie, wo das die Eklapmsie verursachende Agens, die Schwangerschaft, resp. die Frucht, noch vorhanden ist, nicht etwa diese Operation machen, sondern dass wir dann den von mir i. J. 1889 zuerst aufgestellten Grundsatz befolgen, nämlich sobald wie wir die Diagnose Eklampsie gemacht, sofort den Uterus zu entleeren. Und ich glaube es tut

mir leid wenn wir Geburtshelfer in dieser Beziehung dann den Chirurgen und speziell Dr. Edebohls Konkurrenz machen — ich glaube, wir können in diesen Fällen auch sehr häufig die Dekapsulation der Niere vermeiden, wenn wir nicht blos die ausgesprochenen Fälle von Eklampsie entbinden, sondern auch in den Fällen, wo die prämonitorischen Symptome von Eklampsie vorhanden sind, nicht etwa die Geburt vor sich gehen lassen, sondern sofort einschreiten und den Uterus entleeren. Und wir haben heutzutage eine sichere eMthode, diese Entleerung vorzunehmen, und das ist der vaginale Kaiserschnitt. Ich weiss sehr wohl, dass sehr viele Einwendungen gegen diese Operation gemacht sind, aber von Leuten, die die Operation nicht gesehen haben. Wer die Operation einmal gesehen hat, wird von ihrer Einfachheit überrascht sein und sie in allen diesen Fällen anwenden. Und was den Einwand anbelangt, dass diese Operation zu späteren Geburtsstörungen Anlass geben könne, so kann ich ihn entkräften. Ich habe 11 Fälle von normalen Geburten nach vaginalem Kaiserschnitt zusammengestellt. Die erste Geburt nach vaginalem Kaiserschnitt ist von mir beschrieben worden. Ich gebe diesen Separatabdruck herum, und wenn Sie diese Bilder ansehen, wird es ohne weiteres jedem klar werden, dass eine solche Narbe nicht bei einer späteren Geburt zerreissen kann.

e. Dr. L. Ewald: **Zwei Fälle von vaginalem Einschnitt.**

Prof. Dr. A. Dührssen: Sie werden es wohl begreiflich finden, wenn ich erkläre, dass Dr. Ewald mir vollständig aus der Seele gesprochen hat. Ich glaube in der Tat und glaube das auch durch die Statistik, die ich gesammelt habe und die weit über 300 Fälle umfasst, nachgewiesen zu haben, dass der vaginale Kaiserschnitt es ermöglicht, zu jeder Zeit der Schwangerschaft und Geburt in ungefährlicher Weise, in der Regel ohne Eröffnung des Peritoneums, von der Vagina aus die Mutter von einem lebenden, lebensfrischen Kind zu entbinden, vorausgesetzt, dass die Technik in richtiger Weise angewendet wird.

Es interessiert Sie vielleicht, wenn ich Ihnen hier meinen ersten Artikel über den vaginalen Kaiserschnitt herumgebe. Es handelt sich um einen kleinen Aufsatz in der deutschen Aerztezeitung vom 1. April 1895, worin ich die Methode des vaginalen Kaiserschnitts theoretisch angegeben habe — in derselben Weise durch alleinige Spaltung der vorderen Cervixwand, wie sie dann später von manchen Autoren als Bumm'sche Methode publiziert worden ist, die erklärten, Bumm habe den vaginalen Kaiserschnitt zur Hysterotomia anterior vaginalis vereinfacht. Ich habe zuerst diesen Vorschlag gemacht und auch mehrere Jahre vor Bumm den ersten Fall von Eklampsie in derselben Weise operiert. Allein ich stehe nach wie vor auf dem Standpunkt, dass es bei ausgetragenen Kindern besser ist, statt der langen vorderen Inzision durch die vordere Uteruswand zwei kürzere durch die vordere und hintere Cervixwand zu machen, weil durch diese Inzisionen jeder Widerstand seitens des Scheidengewölbes aliminiert wird. Ich erlaube mir, meine erste Monographie über den vaginalen Kaiserschnitt aus dem Jahr 1896 herumzugeben, worin ich nicht nur die Schnittführung beschrieben, sondern auch schon all die Indikationen aufgestellt habe, die nachher durch meine eigenen und die Erfahrungen anderer Operateure als richtig befunden worden sind. Es ist dies eine Monographie, die sich nur in wenigen Händen befindet, so dass sich manche Vorschläge, die behufs des vaginalen Kaiserschnitts gemacht worden sind, erübrigt hätten, wenn die betr. Autoren diese Monographie gelesen hätten.

Natürlich sind gegen den vaginalen Kaiserschnitt allerhand Einwände erhoben worden. Ich erwähne hier auch einen Artikel des holländischen Arztes van der Poll, der behauptet, dass der vaginale Kaiserschnitt vor 150 Jahren von einem Franzosen erfunden worden sei. Es ist allerdings richtig, dass der Franzose Lauvergat den Namen des vaginalen Kaiserschnittes angewendet hat. Aber dem wirklichen

vaginalen Kaiserschnitt in meinem Sinn hat er nicht ausgeführt: es hat sich bei ihm nur um Inzisionen in den Muttermundssaum gehandelt, wie ich das in dieser kleinen Erwiderung genauer ausgeführt habe.

Ich reiche hier ferner eine Erwiderung auf einen Artikel von Hofmeier herum, der den vaginalen Kaiserschnitt mit einer Enthauptung vergleicht. Er sagt, es würde ein so grosser Schnitt gemacht, dass man ihn ungefähr mit einer Enthauptung gleichstellen könne. Ich habe erwidert, dass doch ein gewisser Unterschied darin besteht, ob man einen Menschen durch Enthauptung vom Leben zum Tode bringt oder ob man durch diesen Schnitt zwei Leben erhält. In Deutschland ist es ja vielfach so: wenn ein ordentlicher Professor, der eine offizielle Stelle bekleidet, eine neue Operation erfindet, so sagt jedermann, das ist eine chirurgische Grosstat; wenn es aber ein Privatdozent tut, dann heisst es: furor operativus. Ich habe ferner mehrere Aufsätze gegen die Bone'sche Methode geschrieben und freue mich, dass der gesunde Sinn der amerikanischen Aerzte die Bone'sche Methode allgemein abgelehnt hat. In leichteren Fällen gelingt die Methode ohne schwere Verletzung der Mutter, aber in schweren Fällen ist es selbstverständlich — das kann sich sogar der Laie sagen — dass da schreckliche Zerreissungen entstehen müssen.

Hier habe ich noch einen Aufsatz von Dr. Findley (Chicago) in die Hände bekommen. Ich will auf diesen Aufsatz nicht näher eingehen, kann aber nach meiner Erfahrung und nach der vieler anderer Operateure, auch in Amerika, versichern, dass, wenn man diese Sätze von Findley umkehrt, dann das Richtige herauskommt. Ich möchte betonen, dass hier in Amerika auch andere Kollegen über den vaginalen Kaiserschnitt gerade im entgegengesetzten Sinn von Dr. Findley geschrieben haben.

Zum Schluss möchte ich noch bemerken: Kollege Ewald hat gesagt, dass heutzutage die Geburtshilfe einen chirurgischen Zug angenommen hat. Meine Herren! Diese Behauptung habe ich i. J. 1890 in einem kleinen Buch, einem geburtshülflichen Vade mecum, aufgestellt, und diese Behauptung ist auch der Grund gewesen, dass ich zu keiner offiziellen Stellung in Deutschland gekommen bin, weil damals alle grauen Häupter über diese kühne Behauptung eines jungen Privatdozenten die Köpfe geschüttelt haben. Die Erfahrung hat gezeigt, dass meine damalige Behauptung zu Recht besteht. Jetzt erkennen die alten Herren selber an, das die Geburtshilfe einen chirurgischen Zug angenommen hat und in Zukunft noch mehr annehmen wird. Ich freue mich, dass diese Bestrebungen von Dr. Ewald anerkannt sind und auch Kollege Brothers in seiner preisgekrönten Schrift für grössere Berücksichtigung des kindlichen Lebens eintritt. Meiner Ansicht nach liegt heutzutage die Sache so, dass das Leben der Mutter und des Kindes gleich berechtigt sind, vorausgesetzt, dass wir in der Lage sind, die Mutter in einem gut eingerichteten Hospital oder durch einen spezialistisch ausgebildeten Geburtshelfer entbinden zu können. Ich erlaube mir, die englische Uebersetzung meines Vade mecum herumzureichen, worin Sie das in der Einleitung ausgesprochen finden, dass die Geburtshilfe im Begriff ist, in eine neue Aera, die chirurgische, zu treten, und weiterhin, dass es die Pflicht des Geburtshelfers ist, ein Kind nicht einfach absterben zu lassen, sondern durch chirurgische Beseitigung des Hindernisses in ungefährlicher Weise zu extrahieren.

f. Dr. C. A. von Ramdohr: Wir haben von unserem Gast speziell nur über den vaginalen Kaiserschnitt gehört. Ich möchte aber darauf aufmerksam machen, dass die Unsterblichkeit unseres Gastes nicht auf dem vaginalen Kaiserschnitt beruht, sondern uhr metu ushp ptam met uetpuu einer Operation, die viel mehr Frauen das Leben gerettet hat, als die vaginale Schnittmethode je retten wird. Die Entdeckung der Uterustamponade war wie das Ei des Columbus.

Ich habe hier eine Gazebüchse mitgebracht, die es ermöglicht, aseptische

Gaze herumzutragen. (Demonstration.)

g. Dr. A. Sturmdorf: **Präparate vorstellend.**

Diskussion. a. Zu den Fällen von Dr. Boldt.

Dr. F. Bierhoff: Ich will den ersten Fall von Dr. Boldt nicht diskutieren, sondern das Präparat vorlegen und den Blasenbefund beschreiben.

Dr. B. Talmey: Ich glaube, dass wir alle hierher gekommen sind, um den Vortrag von Prof. Dührssen zu hören. Es ist aber schon beinahe halb 11 Uhr, und ich stelle daher den Antrag, dass die weitere Diskussion verschoben wird. (Unterstützt.)

Die Versammlung beschliesst diesem Antrag gemäss, die Diskussion aufzuschieben.

2. **Vortrag von Herrn Prof. Dr. A. Dührssen „Ueber moderne Probleme in der Frauenheilkunde."**

Meine Herren! Ich werde meinen Vortrag bedeutend kürzer fassen können, weil ich schon manches von dem, was ich in meinem Vortrag habe sagen wollen, in der Diskussion bemerkt habe.

Ich möchte zunächst über einen Schnitt sprechen, den ich hier in verschiedenen New Yorker Hospitälern ausgeführt habe, nämlich über die Scheiden - Damm - Inzision. Diesen Schnitt habe ich i. J. 1887 zuerst angewandt und 1888 und 1889 publiziert. Ich habe diesen Schnitt zuerst für geburtshilfliche Fälle angegeben, wa es sich um enge Vagina bei Erstgebärenden handelt, wo der Kopf hoch im Becken steht und Gefahr für Mutter oder Kind auftritt. Ich habe ausgeführt, dass es in diesen Fällen nicht genügt, den Widerstand seitens des Muttermundes zu beseitigen, sondern auch den Widerstand des unteren Scheidendrittels, und dass wir, wenn wir diesen Widerstand vollständig beseitigen und die Entbindung in einer gefahrlosen Weise für Mutter und Kind durchführen wollen, in diesen Fällen mittels der Scheiden-Damm-Inzision auch den Levator ani soweit spalten müssen, dass eine kräftige Mannesfaust ohne Schwierigkeit durch das Vaginalrohr eingeführt werden kann. Das Vaginalrohr wird hierdurch eliminiert, es klappt so vollständig auseinander, dass der äussere Muttermund in das Niveau der äusseren Geschlechtsteile hineinkommt. Ich habe diese heute an einem Fall, den ich durch die Güte von Dr. Boldt operieren konnte, demonstrieren können. Es handelte sich in diesem Fall nicht um eine geburtshülfliche Operation, sondern um die Exstirpation eines mannskopfgrossen Myoms durch eine senile, nur für einen Finger durchgängige Vagina. In diesem Fall konnte ich den Zuschauern demonstrieren, dass in der Tiefe der Wunde die Fasern des Cevator ani sichtbar wurden, und, nachdem diese durchschnitten, die bisher nur für einen Finger durchgängige Vagina meine Faust mit Bequemlichkeit passieren liess, so dass es mir gelang, das mannskopfgrosse Myom vaginal zu exstirpieren. Der Güte des Herrn Dr. Foerster vom Deutschen Hospital verdanke ich einen anderen Fall von schwerer, eitriger Adnexerkrankung, wo es mir ebenfalls gelang, mit Hilfe der Scheiden-Damm-Inzision den Uterus aus der Vagina herauszubringen. Allerdings musste ich in diesem Fall zur ventralen Operation übergehen, weil die Adnexe bis zum Nabel herauf mit der Umgebung verwachsen waren.

Die Schnittführung ist eine ganz einfache (Redner demonstriert dieselbe an den Wandbildern), sie hält die Mitte zwischen Anus und Tuber ischii. Wenn man in dieser Weise den Schnitt ausführt, so gelingt es mit grosser Leichtigkeit, die Zangenoperation zu machen oder auch nach vaginalem Kaiserschnitt das Kind zu entwickeln. Wenn manche Geburtshelfer bei vaginalem Kaiserschnitt Schwierigkeiten mit der Entwicklung des Kindes gehabt haben, wenn sogar das Kind abgestorben, so hat das an zwei Momenten gelegen: entweder daran, dass sie den Schnitt im Scheidengewölbe zu klein angelegt haben, dass sie vielleicht nur einen Schnitt gemacht, statt die vordere und hintere Cervixwand zu spalten, oder dass sie das Hindernis seitens des unteren Scheidendrittels nicht beseitigt haben. Es besteht über-

haupt in der Geburtshilfe die grosse Neigung, immer mit halben Massregeln zu arbeiten. Das war berechtigt, als wir die Antisepsis noch nicht hatten, als der Geburtshelfer, wenn er den Finger in die Vagina eingeführt, befürchten musste, Sepsis zu erzeugen. Wenn Gefahr für Mutter und Kind da ist, muss die Frau entbunden werden, und zwar in schonender Weise, und die Entbindung wird um so schonender sein, je grösser Sie den Schnitt machen.

Dieser Schnitt hat nun eine ganz eigentümliche Geschichte gehabt. Ich habe ihn, wie gesagt, zuerst in der Geburtshilfe empfohlen und sehr viele Anfeindungen deshalb erdulden müssen. Ich habe dann i. J. 1891 diesen Schnitt auch für die vaginale Exstirpation des karzinomatösen Uterus, und zwar speziell des durch Korpuskarzinom besonders stark vergrösserten Uterus empfohlen. Diese Publikation finden Sie in den Charité Annalen aus dem Jahr 1891. Dieser Schnitt ist nun i. J. 1894 nochmals erfunden worden — und zwar durch Schuchardt, einen vor einigen Jahren verstorbenen Chirurgen aus Stettin. Seinen ersten Vortrag über diesen Schnitt hat er i. J. 1894 in der geburtshilflichen GGesellschaft in Berlin gehalten. Ich war selbst bei diesem Vortrag zugegen. Und in diesem Vortrag sagte er, dass das Vorteilhafte bei seinem Schnitt darin bestände, dass er den Cevator ani nicht durchtrennte. Ich habe daraufhin in der Diskussion gar nicht das Wort ergriffen, weil Schuchardt mit dieser Definition eine alte Methode beschrieb. Weiterhin ist der Schnitt, wie ich ihn angegeben (d. h. mit Durchschneidung des Levator ani) für die vaginale Exstirpation des karzinomatösen Uterus vielfach zur Anwendung gekommen, aber, obgleich in mehreren Publikationen darauf hinwies, dass ich diesen Schnitt sowohl für geburtshilfliche wie gynäkologische Fälle zuerst angegeben hatte, beständig als die Schuchardt'sche Methode bezeichnet worden. Es war ganz amüsant und interessant für mich, wi im Jahre 1901 auf dem deutschen Chirurgenkongress in Berlin Schuchardt auftrat und sagte, er hätte grosse anatomische Studien auf der Berliner Anatomie gemacht und gefunden, dass das Wesentliche seines Schnittes in der Durchtrennung des Levator ani bestände. Darauf ergriff ich das Wort und sagte, dass dieser sogenannte Schuchardt'sche Schnitt ein alter, lieber Bekannter von mir wäre, dass ich denselben schon seit 1887 für geburtshifliche Fälle und seit 1890 für die Exstirpation des karzinomatösen Uterus anwendete, während die Publikation Schuchard's erst aus dem Jahr 1894 stammte, und dass ich mich freute, dass Schuchardt jetzt nach 7 Jahren endlich dahintergekommen, worin eigentlich das Wesen seines Schnittes bestehe, dass ich das aber schon seit 14 Jahren erkannt und vor ebenso langer Zeit die entsprechenden Studien auf der Anatomie gemacht hätte.

Ich will Sie mit diesem Schnitt nicht weiter behelligen, ich glaube eher, dass ich die Herren, die diesen Schnitt von mir im Deutschen Hospital und im Post Graduate Hospital gesehen, davon überzeugt habe, dass man mit diesem Schnitt sehr viel ausrichten kann, dass man manche Myome vaginal exstirpieren kann, die man sonst ventral exstirpieren musste. Ich habe sehr häufig solche Fälle später Aerzten vorgestellt und ihnen gesagt: „Bitte, sehen Sie die äusseren Genitalien genau an; finden Sie etwas abnormes?" Die Herren sagten: „Nein." In der Tat, die Narbe dieser Scheiden-Damm-Inzision was so fein, dass man sie kaum sehen konnte.

Ich habe stets an dem Satz festgehalten, dass für die Exsitrpation des Korpuskarzinoms der vaginale Weg der einzig richtige ist. Sie können mit Hilfe der Scheiden-Damm-Inzision die grössten Korpuskarzinome bei alten Frauen mit enger Vagina mit grösster Leichtigkeit entfernen und sicher sein, dass Sie kein Rezidiv bekommen. In zahlreichen Fällen hatte ich weder einen Todesfall noch ein Rezidiv zu verzeichnen, obgleich manchmal das Karzinom schon die ganze Wand des Uterus durchwachsen hatte.

Meiner Ueberzeugung nach ist für

das Korpuskarzinom die ventrale Exstirpation des Uterus und Drüsenausräumung nicht nötig. Bie Korpuskarzinom werden die Drüsen erst spät ergriffen, und dann ist der Fall auch für die ventrale Operation aussichtslos. Für Cervixkarzinome dagegen wird man wohl allgemein zur ventralen Operation übergehen, für das Korpuskarzinom scheint mir der vaginale Weg der gegebene und richtige zu sein, weil diese alten Frauen, um die es sich bei Korpuskarzinom meist handelt, die vaginale Exstirpation viel leichter aushalten als die Ventrale.

Ich möchte noch einige wenige Bemerkungen über eine Hilfsoperation des vaginalen Kaiserschnitts machen. Wenn wir auch mittels des vaginalen Kaiserschnitts imstande sind, die Hindernisse seitens der Weichteile zu beseitigen, so haben wir doch in manchen Fällen noch mit Hindernissen seitens des knöchernen Geburtskanals zu tun. Wenn es sich um enges Becken und mangelhaft erweiterten Muttermund handelt, könnte die Frage entstehen, ob es in diesem Falle nicht besser ist, an Stelle des vaginalen Kaiserschnitts den ventralen zu zu machen. Die geniale Erfindung eines Italieners hat uns aus diesem Dilemma geholfen. Ich meine die Gigli'sche Hebotomie, die ich als äusserst wertvolle Bereicherung unserer geburtshiflichen Operationen betrachte. Sie ermöglicht es, in allen Fällen von engen Becken, wo nicht der äusserste Grad von Verengung vorliegt, die Hindernisse seitens des Beckenkanals spielend zu überwinden. Ich habe die Hebotomie mit dem Instrument von Seligmann (Hamburg) ausgeführt das ich herumreiche, ebenso wie die Bilder, die 14 Tage nach der Geburt aufgenommen sind. Sie sehen an den äusseren Genitalien kaum noch Spuren der Verletzung, das Röntgenbild zeigt die beginnende Verknöcherung des Kallus.

Ich danke Herrn Dr. von Ramdohr für seine liebenswürdigen Bemerkungen über die Uterustamponade. Ich habe mich lebhaft der Zeit erinnert, wo wir i. J. 1890 in Berlin auf dem internationalen medizinischen Kongress zuerst unsere Bekanntschaft gemacht haben, und weil er sich schon damals für die Uterustamponade interessierte, habe ich mir erlaubt, zwei Büchsen mitzubringen, die in Deutschland jeder Geburtshelfer in seiner Tasche hat. Büchse No. 1 und 2 für die Uterus- und Scheidentamponade nach rechtzeitiger Geburt und nach Aborten, die Jodoform-Gaze und Salicylwatte enthalten. Die gefüllten Büchsen werden in schwimmendem Wasserdampf sterilisiert und dann verlötet, so dass sie sicher keimfrei bleiben. Die Japaner, die sich jeden Fortschritt zu eigen machen, haben die Büchsen, wie ich sie auch für chirurgische Zwecke angegeben, vielfach in Gebrauch, ebenso wie wir sie in Afrika in unseren Feldzügen gegen die Hottentotten gebraucht haben.

Ich möchte noch einige Worte über die Colpo-Cueliotomia anterior sagen, und zwar deswegen, weil ich Gelegenheit gefunden habe, diese Operation hier in New York in verschiedenen Hospitälern auszuführen. Ich danke den verschiedenen Kollegen, die mir dazu verholfen haben, für die grosse Liebenswürdigkeit, mit der sie mir das betr. Material zur Verfügung gestellt haben, und hoffe, dass es mir gelungen ist, durch diese Operationen manche Vorurteile gegen die vaginale Kodiotomie zu zerstreuen. Es liegt mir daran, hervorzuheben, dass die Furcht vor späteren Geburtsstörungen nach vaginaler Koeliotomie gänzlich unbegründet ist, wenn man sich der Methode bedient, wie ich sie seit 11 Jahren übe. Das Wesentliche besteht darin, dass man die Oeffnung im Peritoneum isoliert schliesst. Dann kann der Uterus nur mit dem BBlasen-Peritoneum verwachsen. Hierbei entstehen nur äusserst zarte Adhäsionen, die man durch leichten Fingerdruck durchtrennen kann, die aber genügen, um den Uterus in Anteflexion zu halten, die sich in der Schwangerschaft ausdehnen und im Wochenbett wieder zusammenziehen. Ich habe nach dieser Methode der vaginalen Fixation des retroflektierten Uterus 100 Geburten beobachtet, die ohne den geringsten Zwischenfall verlaufen sind. Wenn Sie trotzdem Furcht von Geburtsstörun-

gen haben, brauchen Sie den Uterus nicht direkt zu fixieren. Sie können die Ligamenta rotunda an die Vagina fixieren. Sie können, wie Kollege Goffe in diesem Lande zuerst ausgeführt hat, die Ligamenta rotunda verkürzen und haben den Vorteil, der der Alexander-Adams-Operation fehlt, dass Sie sehen, wie sich Uterus und Adnexe verhalten. In Fällen von scheinbar mobiler Retroflexion entdeckt man sehr häufig bedeutende Veränderungen an den Adnexen. Ich habe beginnende maligne Neubildungen gefunden, die man bei der Alexander-Adams-Operation nicht sehen kann. In diesen Fällen wurde der Operationsplan auf Grund dieser Befunde gänzlich geändert. Sie finden bei der direkten Inspektion der Adnexe vielfach zarte, die Tuben und Ovarien umspinnende Adhäsionen, die die Mobilität dieser Organe nicht aufheben, aber der Patientin ausserordnetlich grosse Schmerzen machen. Solche Patientinnen werden vielfach als hysterisch bezeichnet, weil die Aerzte nichts finden. Eine soiche Patientin war wegen ausserordentlich heftiger Schmerzen im Becken durch Massage behandelt worden. Der Kollege sagte ihr schliesslich: „Sie sind so empfindlich, Ihre Nerven so sensibel, wie ich es noch nie gefunden habe. Ich kann mit Ihnen nichts anfangen." Der Mann dieser Dame hatte ein Fideikommis, und es lag ihm sehr viel daran, einen Erben zu erhalten, damit das Gut nicht in andere Hände überginge. Die Patientin wurde mir zugeschickt, und ich fand bei ihr einen sehr harten Strang, der den Uterus an das Rektum fixierte. Ich machte die Coeliotomia anterior, zog den Uterus heraus, durchtrennte den Strang, nähte den Uterus an, und 12 Monate später war der ersehnte Erbe da, und die Schmerzen, an denen Patientin vorher gelitten, waren vollständig geschwunden.

Ich habe verschiedene Tafeln aufgehängt, auf denen ich die verschiedenen Operationsphasen dargestellt habe. Ich will darauf nicht näher eingehen, sondern möchte nur noch das eine hervorheben, dass ich in den Hospitälern hier Gelegenheit gefunden habe, auch mehrere Fälle vno tubarer Schwangerschaft vaginal und konservativ zu operieren. Gerade dieser Operation gegenüber hat man den Einwand erhoben, bei vaginaler Exstirpation tubarer Fruchtsäcke wäre die Gefahr der Zerreissung der brüchigen Ligamente ausserordentlich gross. Natürlich ist in diesen Fällen die Operation schwierig. Ich würde keinem raten, einen solchen Fall als ersten Fall für eine vaginale Koeliotomie auszusuchen, aber die Fälle von Retroflexio uteri mobilis sind so häufig, dass man sich an diesen die nötige Uebung erwerben kann. In diesen Fällen mache man statt der Alexander-Adams-Operation die Vaginifixur. Ich muss sagen, dass ich ein entschiedener Gegner der Alexander-Adams-Operation bin. Ich halte eine Operation für unchirurgisch, bei der man die kranken Organe, die man heilen will, überhaupt nicht zu Gesicht bekommt!

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Meine Herren! Es gereicht mir zum Vergnügen, Herrn Prof. Dührssen für seinen vortrefflichen Vortrag den Dank der Versammlung auszusprechen. (Lebhafte Zustimmung.)

3. Antrag zur Unterstützung der hilfebedürftigen Kollegen in San Francisco.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Der Vorstand hat in seiner letzten Sitzung beschlossen, $500 zur Unterstützung notleidender Aerzte in San Francisco aus dem Fond der Kasse der Gesellschaft auszuwerfen. Dieser Vorschlag liegt Ihnen zur Beratung vor. Ich erwähne gleichzeitig, dass die Academy of Medicine einen relief fund geründet hat und die Deutsche Medizinische Gesellschaft aufgefordert hat, ihre Beiträge an diesen relief fund abzuliefern. Ich bitte Sie, diesen Gesichtspunkt in Ihre Beratung mit einbeziehen zu wollen.

Dr. W. Freudenthal: Ich glaube, dass wir alle diesen Vorschlag mit Freuden begrüssen werden. Ich möchte in dieser vorgerückten Stunde keine Gründe anführenn, die dafür sprechen, dass wir den Antrag unterstzen. Sie können sich die Gründe selbst sagen. Ich möchte nur erwäh-

nen, dass wir, wenn ich richtig informiert bin, prater propter $2000 in der Kasse haben, und dass, wenn wir davon $500 nach San Francisco schicken, das Geld gut angelegt ist. Ich gestatte mir daher, den Antrag zu stellen, den Vorschlag des Vorstands anzunehmen und alles Nähere dem Verwaltungsrat zu überlassenn. (Unterstützt.)

Dr. G. Mannheimer: Ich möchte, dass wir uns klar werden, was mit dem Geld geschehen soll. Ich glaube, es ist nicht mehr als recht und billig, dass die Gesellschaft weiss, was mit dem Geld geschieht, ob es dem Relief-Komité der Academy of Medicine, die uns um Unterstützung ersucht hat, überwiesen werden oder anders verteilt werden soll.

Dr. Solo Cohn: Ich stelle den Antrag, dass die $500 dem Relief-Komité überwiesen werden, welches wir der Academy of Medicine und der medizinischen Organisation der Stadt New York eingesetzt ist. (Unterstützt.)

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Ich bitte die Mitglieder, welche für den Antrag Dr. Cohn sind, das Geld dem Relief-Komité zu übersenden, Ja zu sagen. (Geschieht.) Der Antrag ist angenommen.

Schluss der Sitzung nach 11 Uhr.

Dr. John A. Beuermann,
prot. Sekretär.

Therapeutische und klinichse Notizen.

— *Kollargol bei der eitrigen Hornhautentzündung.* Prof. de Lapersonne in Paris behandelt seit über einem Jahre alle eitrigen Keratitiden sowie infizierte Hornhautwunden mit Kollargol. Der grosse Vorzug des Mittels besteht in der Schmerzlosigkeit seiner Anwendung und in dem Ausbleiben von Depotbildung in der Hornhaut. Die Wirkung der Kollargolapplikation äussert sich unmittelbar in einer Verminderung der Schmerzen und der Lichtscheu. In wenigen Tagen reinigt sich das Geschwür, das Hypopyon nimmt ab und verschwindet, und die Heilung geht mit minimaler Narbenbildung von statten. Die Kollargolapplikation — 2—3 mal des Tages bis alle 2 bis 3 Stunden 2 Tropfen einer 5prozentigen Lösung zu instillieren — wird bis zur völligen Heilung fortgesetzt und macht die Spülungen mit Quecksilbercyanür 1:5000 und die eventuelle Anwendung kleiner Atropindosen entbehrlich, doch schliesst sie die Anwendung des Galvanokauters und die Vornahme einer Inzision der vorderen Augenkammer bei reichlichem Hypopyon mit nachfolgender Kollargolspülung nicht aus. Auch ist gleichzeitige Behandlung der Thränenwege eventuell mit Spaltung, Katheterismus und Injektionen von Kollargollösung 1:50 notwendig. (Therap. Revue der Allg. Wiener med. Zeitung, 1906, S. 19.)

— *Verbrennung mit X-Strahlen.* Bei der 337. Zusammenkunft der New Yorker Dermatologischen Gesellschaft am 28. November 1905 machte Prof. Henry G. Piffard von New York die Mitteilung, dass er bei Verbrennungen mit X-Strahlen die besten Resultate bei Behandlung mit Antiphlogistine, Clorzink, Hochfrequenzströmen und ultravioletten Strahlen sah.

Kleine Mitteilungen.

Eimer & Amend, die bekannte New Yorker Droguenfirma, haben soeben einen sorgfältig zusammengestellten und reichlich illustrierten *Katalog ihrer Mikroskope und bakteriologischen Apparate* herausgegeben, auf den wir unsere Kollegen aufmerksam machen.

New Yorker
Medizinische Monatsschrift
Offizielles Organ der
Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.
Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, Juli 1906. No. 7.

Entstehung von Stoffwechselerkrankungen nach Veränderungen gewisser Blutgefässdrüsen (Schilddrüse, Nebennieren, Ovarien etc.)*

Von Dr. Arnold Lorand.

Es gibt Stoffwechselerkrankungen, wie Diabetes, Gicht, Fettsucht, bei denen die Oxydationsvorgänge die gleichen wie beim gesunden Menschen sind, und zwar kommt dies recht häufig vor. Nun ist es aber von Interesse, zu wissen, dass es eine Reihe von Erkrankungen gibt, die man nicht als Stoffwechselkrankheiten bezeichnet und bei denen die Oxydationsvorgänge immer verändert sind. Während es also auf der einen Seite von vielen Autoren nachgewiesen wurde, dass bei Diabetes, Gicht, Fettsucht der Stoffwechsel sich wie beim gesunden Menschen verhält, wurde auf der anderen Seite nachgewiesen, dass bei der Basedow'schen Krankheit und beim Myxödem Störungen des Stoffwechsels vorhanden sind. Bei der Basedow'schen Krankheit ist der Stoffwechsel erhöht, beim Myxödem dagegen herabgesetzt. Das Wesen dieser Erkrankungen beruht in der Veränderung gewisser Blutdrüsen. Unter letzteren verstehen wir Drüsen, die eine Sekretion haben. Wenn man einem jungen Hahn die Testikel exstirpiert und unter die Haut transplantiert, kämpfen andere Hähne mit ihm wie mit einem vollwertigen Hahn. Dies zeigt weiterhin, dass die Hähne schon durch ihren Instinkt erkennen, dass das betreffende Tier einen Hoden besitzt. Daraus kann man schliessen, dass dieser Hoden ein Sekret an das Blut abgeben muss, welches das Maskulinum von dem Feminium unterscheidet.

Wenn die Schilddrüse exstirpiert und unter die Haut transplantiert wird, treten nicht die so weit gehenden Veränderungen ein, die man nach gänzlicher Entfernung der Schilddrüse antrifft. Wenn man einem Tier das Pankreas vollständig exstirpiert, dann kommt es zu Diabetes, wenn aber das Pankreas unter die Haut transplantiert wird, tritt kein Diabetes auf, also ist es vollkommen sicher, dass das Pankreas ein Sekret an das Blut abgibt, das das Auftreten des Diabetes verhindert.

Die Blutgefässdrüsen üben einen

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 2. April 1906.

ganz gewaltigen Einfluss auf die verschiedenen Funktionen im Körper und insbesondere auf das Nervensystem aus, ferner auch auf die Vorgänge des Stoffwechsels, welche mit dem Nervensystem in innigster Beziehung stehen. Ich möchte auf die Tatsache hinweisen, dass nach Veränderungen der Ovarien Fettsucht zustande kommen kann und dass gleichzeitig diese fettsüchtigen Personen nervöse Symptome aufweisen. Nicht nur können nervöse Erregungen Veränderungen im Stoffwechsel herbeiführen, sondern es können umgekehrt auch bei diesen nervöse Symptome auftreten, so dass Diabetes früher als eine Nervenkrankheit bezeichnet wurde. Andererseits wurde die Gicht von manchen Autoren auch als nervöse Krankheit aufgefasst.

Ueberall da, wo die Schilddrüse verändert ist, treten gleichzeitig auch nervöse Symptome auf. Wenn Sie Kindern von Kretins, die geistig zurückbleiben, Schilddrüsensubstanz geben, und dadurch eine Besserung herbeiführen, so besteht kein Zweifel, dass die Schilddrüse Einfluss auf den Intellekt hat. Mit der Tatsache, dass die Schilddrüse auf das Nervensystem einen so gewaltigen Einfluss hat, steht wahrscheinlich auch das Faktum in Verbindung, dass sie auch auf den Stoffwechsel einen so kolossalen Einfluss ausübt.

Auch die Veränderung der Ovarien ist immer von nervösen Symptomen begleitet. Wir sehen dies bei jeder Menstruation, in der Pubertät, in der Gravidität, ebenso auch bei der Laktation. Gleichzeitig sehen wir Veränderungen in der Schilddrüse sich einstellen. In alten Zeiten wurde nach der Hochzeitsnacht der Hals auf die Schilddrüse untersucht. Dies weist darauf hin, dass Schilddrüse und Eierstock in naher Beziehung stehen, und nervöse Veränderungen dürften damit in Zusammenhang gebracht werden. Sicher ist, dass, wenn die Ovarien exstirpiert werden, dann häufig nervöse Symptome auftreten und zugleich Veränderungen im Stoffwechsel. Es ist weiterhin interessant, dass Krankheit der Ovarien häufig von nervösen Störungen und Psychosen begleitet ist. Auch die Hypophyse wirkt auf den Stoffwechsel ein.

Die Organe, die das Nervensystem regulieren, regulieren auch den Stoffwechsel; dies ist von einer Reihe von Autoren nachgewiesen worden. Magnus Levy in Berlin und andere haben nachgewiesen, dass. wenn die Schilddrüse exstirpiert wird, die Stoffwechselprozesse ein Sinken zeigen, die Oxydation ist herab gesetzt. Andererseits ist bei der Basedow'schen Krankheit, bei der sich die Schilddrüse in erhöhter Tätigkeit befindet, der Oxydationsprozess immer gesteigert. Aehnliches ist auch von den Ovarien behauptet worden, nämlich, dass, wenn man die Ovarien exstirpiert, der Oxydationsprozess abnimmt, dass dagegen, wenn man Ovarienextrakt darreicht, die Oxydation gesteigert wird. Aus den Testikeln die rechten Extrakte herzustellen, sind wir noch nicht im stande. Die Ursache davon ist die, dass die Sekretion aus interstitiellen Zellen stattfindet, die sich im Gewebe des Testikels befinden und die bei dem Schwein ein ganz eigenes Organ bilden. Wenn man wirklichen Testikelextrakt herstellen wollte, müsste er aus diesen Zellen dargestellt werden.

Ein ähnliches Organ ist auch die Hypophyse, und es ist nachgewiesen worden, dass, wenn dieselbe degeneriert, der Stoffwechselprozess herabgemindert wird. Alle diese Organe wirken gemeinsam und das Merkwürdige ist, dass diese Blutgefässdrüsen eine Kette bilden und dass, wenn ein Glied derselben verändert wird, die anderen Glieder nachfolgen. Ferner ist zu bemerken, dass die veschiedenen Blutdrüsen gewisse antagonistische Eigenschaften haben. So besitzt die Schilddrüse die Eigenschaft, den Blut-

druck zu erniedrigen, wogegen die Nebenniere eine Erhöhung des Blutdruckes bewirkt. Auch Schilddrüse und Ovarien besitzen antagonistische Eigenschaften. Wo die Ovarien degeneriert sind, treffen Sie Schwellung der Schilddrüse an. Dass Schilddrüse und Ovarien gleichzeitig verändert werden, das sehen wir bei gewissen Fällen von Fettsucht. Es ist nachgewiesen worden, dass es zwei Arten von Fettsucht gibt. Die eine Art kommt von Uebernährung: wenn Leute viel essen, viele Kalorien in sich aufnehmen und wenig verbrauchen, wenig Arbeit verrichten, dann müssen die Kalorien aufgestapelt werden. Nun gibt es aber eine Reihe von Fällen, in welchen eine Person wenig isst und doch an Fettsucht leidet. Sie sehen in Hospitälern häufig alte Weiber, die wochenlang beinahe nichts zu sich nehmen, und, wenn es später zur Autopsie kommt, ist man überrascht, welche grosse Fettmenge dabei anzutreffen ist. Woher kommt dieses Fett? Man findet bei der Menopause, die auf eine erhöhte Tätigkeit der Schilddrüse hinweist, Tachykardie und andere Symptome, die Sie bei der Basedow'schen Krankheit antreffen. Später verschwinden diese Symptome und dann treten Erscheinungen eines myxödematösen Zustandes zu Tage und gleichzeitig damit Fettsucht. Es sind also bei Veränderungen in den Ovarien auch gleichzeitig Veränderungen in der Schilddrüse vorhanden. Bei allen Prozessen, bei denen die Ovarien degeneriert sind, stellt sich spontane Fettsucht ein, z. B. nach der Kastration. Kastrierte Weiber, Tiere werden fett. Sie sehen weiterhin Fettsucht auftreten nach Infektionskrankheiten von gewisser Dauer, nach Pneumonie, Typhus. Wie ist dieser Umstand zu erklären? Die Leute essen nicht mehr als sonst, manchmal noch weniger. Es kann sich auch hier nur um den Einfluss schädlicher Agentien auf die Schilddrüse und die Geschlechtsdrüsen handeln.

Es ist auch kein Zufall, dass Frauen nach vielen Schwangerschaften Fettsucht aufweisen, da die Schwangerschaft sicherlich mit Veränderungen in den Ovarien einhergeht. Aber auch die Schilddrüse findet sich während der Schwangerschaft in erhöhter Tätigkeit. Veränderung der Schilddrüse allein ist imstande, Fettsucht hervorzurufen. Das sehen Sie beim Myxödem. Im Anfangsstadium desselben findet sich immer Fettsucht. Einem jungen Pferde wurde die Schilddrüse exstirpiert und es nahm in zwei Monaten dreissig Pfund an Gewicht zu.

Ich weise ferner darauf hin, dass noch eine dritte Blutgefässdrüse mit der Fettsucht in näherer Beziehung steht. Es ist dies die Hypophyse. Wo diese degeneriert ist, finden Sie Fettsucht. Dies wurde in einer ganzen Reihe von Fällen schon im Jahre 1844 nachgewiesen. Ferner möchte ich auf einen Fall hinweisen, den Madelung vor zwei Jahren an einem Mädchen von 12 Jahren beobachtet hat. Dasselbe hatte eine Schussverletzung erlitten, welche sich auf die Hypophyse erstreckte, und das Mädchen bekam danach eine kolossale Fettsucht.

Sie sehen also, dass, wo die Schilddrüse degeneriert, gleichzeitig Fettsucht auftritt. Und mittels der Schilddrüse sind Sie im Stande, die Fettsucht zu beeinflussen und zum Schwinden zu bringen und zwar da, wo die Fettsucht nicht Folge der Uebernährung ist. Ich möchte auch auf die Fettbrust hinweisen. Ich habe dieselbe in solchen Fällen beobachtet, bei denen die Ovarien verändert waren. Bei Masturbation und bei Dysmenorrhoe finden Sie häufig Fettbrüste.

Hier möchte ich eine kurze therapeutische Bemerkung anknüpfen. Die beste Therapie in dieser Hinsicht müssten Extrakte sein, hier also Schilddrüsenextrakt. Bei Frauen, die fett werden nach Schwangerschaften, wäre Ovarialextrakt zu geben. Wenn Sie jedoch Schilddrüsenextrakt geben,

sehen Sie oft, dass Sie dadurch Glykosurie hervorrufen. Meine Beobachtung geht dahin, dass Sie Glykosurie nur in Fällen sehen, in denen die Fettsucht durch Ueberernährung herbeigeführt worden war. Diese Fälle unterscheiden sich übrigens auch klinisch von der Fettsucht, die durch Degeneration der Schilddrüse oder Ovarien verursacht wird. Während Leute, die durch Ueberernährung fettsüchtig geworden sind, Neigung zur Diarrhoe haben und nicht zur Konstipation neigen, haben Sie bei den Fettsüchtigen der anderen Art gerade das Gegenteil: sie sind sehr blass, sie frieren immer, sie sind immer verstopft. Das Fett dieser Klasse von Fettsucht sieht auch anders aus, hat ein speckiges Aussehen.

Ich habe eine Reihe von Untersuchungen angestellt, die bewiesen, dass der Schilddrüse auch eine wichtige Rolle bei der Pathogenese des Diabetes zukommt, und ich habe zuerst auf die Tatsache hingewiesen, dass da, wo die Schilddrüse sich in erhöhter Tätigkeit befindet, häufig Glykosurie vorhanden ist. Wo die Schilddrüse degeneriert ist, kommt es nie zur Glykosurie. Sie finden Glykosurie häufig bei Infektionskrankheiten, während der Schwangerschaft, manchmal während der Laktation, erhöht bei der Menstruation, weil bei allen diesen Zuständen die Schilddrüse mitspielt. Ein Diabetes mag während der Schwangerschaft auftreten und nach der Schwangerschaft wieder verschwinden. , Dasselbe kann der Fall mit der Basedow'schen Krankheit sein. Sie kommt mit der Schwangerschaft zum Vorschein, nach Beendigung derselben hört sie wieder auf: Erschöpfung der Schilddrüse nach erhöhter Tätigkeit. Ich wollte also darauf hinweisen, dass Glykosurie so sehr häufig bei Zuständen vorkommt, in welchen die Schilddrüse sich in erhöhter Tätigkeit findet, dagegen selten da, wo die Schilddrüse degeneriert ist. Das sehen Sie beim Myxödem. K n o p f m a c h e r hat einer Reihe von Myxödempatienten grosse Mengen von Traubenzucker gegeben, konnte aber nicht in einem einzigen Falle Glykosurie hervorrufen. Bei der Basedow'schen Krankheit wiederum ist es ungeheuer leicht, auf diese Weise Glykosurie herbeizuführen, die Basedow'sche Krankheit weist sehr viele Symptome des Diabetes auf, beide Krankheiten stehen in naher Beziehung zu einander. So ist eines der wichtigsten Symptome des Basedow das Schwitzen; dieses ist auch bei Diabetes etwas sehr häufiges, besonders am Kopfe.

Ich möchte hier kurz noch folgendes Experiment erwähnen: Ich habe mehreren Hunden das Pankreas exstirpiert und sie wurden diabetisch. Sie verloren aber ihren Diabetes gänzlich, nachdem ihnen die Schilddrüse exstirpiert worden war. Das Pankreas spielt bei Diabetes eine wichtige Rolle. Manche Fälle von Diabetes, zumal bei alten Leuten, kommen durch Veränderung des Pankreas zustande.

Die Schilddrüse reguliert auch den Schlaf. Bei erhöhter Tätigkeit der Schilddrüse stellt sich Schlaflosigkeit ein, dagegen Schlafsucht, wenn die Schilddrüse sich im Zustande der Degeneration befindet. Von anderer Seite wurde, ohne Kenntnis meiner vorherigen Arbeit über die Schilddrüse zu haben, der Schlaf der Hypophyse zugeschrieben. Sie finden Schlafsucht bei Fettsucht, die durch Degeneration der Schilddrüse und Ovarien hervorgerufen wurde. Hier in New York kam vor einigen Tagen ein Knabe zur Beobachtung, der 220 Pfund wiegt und fortwährend schläft. Der fette Knabe von Dickens, der immer schlief, hat also auch etwas Pathologisches.

Ich möchte nun einige Worte über die Pathogenese der Gallensteine sagen. Was ist die Hauptursache der Gallensteine? Sicherlich die Stagnation der Galle und der Umstand, dass es infolge dieser Stagnation zur Infizierung durch Bakterien kommt. Es

ist physiologisch nachgewiesen worden, dass die Gallengänge sich in 10 bis 15 Sekunden rhythmisch zusammenziehen. Die Galle gelangt durch einen gewissen Druck durch die engen Gallenwege in den Darm, und dadurch ist es zu erklären, dass die Millionen von Bazillen, die im Darme vorhanden sind, nicht in die Gallengänge eintreten können. Die gut zirkulierende Galle hat, auch wenn sie nicht steril ist, nicht viele Bazillen. Diese sind vielmehr nur dann in grosser Menge vorhanden, wenn eine Stagnation da ist und besonders, wenn schon Steine abgegangen sind. Der Kernpunkt liegt also in der Stagnation der Galle. Wodurch kommt diese zu Stande? Hier spielt die Atonie des Darmes eine grosse Rolle. Darmatonie und Gallengänge stehen in engster Beziehung zu einander, und diese Vorgänge sind wiederum durch Drüsen beeinflusst. Es ist eine merkwürdige Tatsache, dass da, wo Schilddrüse und Ovarien verändert sind, gleichzeitig Verstopfung besteht. Warum sind die Weiber häufiger verstopft als die Männer, warum sind Myxödem und die Basedow'sche Krankheit häufiger bei den Frauen wie bei den Männern? Weil die Männer keine Ovarien haben. Ovarien und Schilddrüse wirken zusammen. Bei jeder Menstruation, Schwangerschaft, Menopause finden Sie Schilddrüsenveränderung. Die Schilddrüse muss erschöpft werden, wenn sie sich jahrelang zu gewissen Zeiten im Zustande erhöhter Tätigkeit befindet. Wenn also Myxödem nach vielen Schwangerschaften häufig vorkommt, so müssen wir auch die Verstopfung, die Atonie in Betracht ziehen, die bei diesen Frauen die Regel ist. Der Tonus der Muskulatur steht ebenfalls unter dem Einfluss der Schilddrüse. Diese hat tausend und abertausend Follikel, und jedes Follikel hat ein Sekret, das Jod enthält, nach dem die Körperzellen dürsten. Ein Organ, das aus tausenden von Follikeln besteht, kann nicht auf einmal gänzlich zerstört werden. Das Myxödem entwickelt sich daher nur sehr langsam. Es gibt aber auch einen Zustand, in welchem das Myxödem nur teilweise auftritt. Hier wurde als typisches Symptom die Atonie gefunden und als deren Folge Häufigkeit der Gallensteine. Wenn man einem Tiere die Schilddrüse exstirpiert, kommen in jedem Falle Veränderungen in der Leber vor. Nun finden Sie auch im Myxödem, bei dem die Schilddrüse durch Krankheit degeneriert ist, in jedem Falle eine Cirrhose. Nun möchte ich darauf hinweisen, dass eine ganze Reihe von Autoren übereinstimmend nach Schilddrüsenexstirpation Gallenfarbstoff in Menge im Urin gefunden haben. Weiterhin möchte ich darauf aufmerksam machen, dass nach Exstirpation der Schilddrüse die Gallenblase enorm erweitert gefunden worden ist. Wenn ich die Häufigkeit der Gallensteinerkrankung bei Zuständen, in welchen die Schilddrüse degeneriert ist, in Betracht ziehe, muss ich sagen, dass dies mehr als Zufall ist, und ich bin geneigt, der Schilddrüse auch eine gewisse Rolle in der Pathogenese der Gallensteine zuzuschreiben, insofern als die Schilddrüsendegeneration die Atonie des Darmes und Stagnation der Galle bedingt. Auch den Ovarien und dem Uterus ist eine gewisse Rolle in der Pathogenese der Gallensteine zuzuschreiben. Man hat gefunden, dass in der Menopause die Leber häufig vergrössert und die Gallenblase gewöhnlich dabei empfindlich ist. Auch Ovarienveränderung kann Atonie des Darmes und chronische Verstopfung mit sich bringen.

Auch bei Gicht wurde der Schilddrüse eine Rolle zugeschrieben. Chalmers Watson fand, dass, wenn man Tiere nur mit Fleisch ernährt, diese Tiere Veränderungen der Schilddrüse aufweisen, und er gelangt dadurch zu dem Schlusse, dass die Gicht eine Folge der Degeneration der Schilddrüse sei.

Ich glaube also, durch vorstehende Ausführungen den Nachweis erbracht zu haben, dass es mehr als Zufall ist, wenn nach Veränderung der Blutgefässdrüsen Stoffwechselerkrankungen auftreten.

Ist nervöse Dyspepsie eine Krankheit sui generis?

Von Dr. A. Rose.

Die Geschichte der Magenneurosen hat verschiedene Perioden.

Während des 17. und 18. Jahrhunderts wurden viele Magenleiden als nervöse Dyspepsie bezeichnet, für die man eine anatomische Grundlage fand, als in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die pathologisch anatomische Richtung zur Geltung kam. Das Gebiet der rein nervösen funktionellen Störungen des Magens wurde mehr und mehr eingeengt, ja eine Zeit lang wurde das Vorkommen solcher gänzlich in Abrede gestellt. Dann kam wieder ein Umschwung. Man konnte nicht immer eine anatomische Grundlage finden und nahm wieder das Vorkommen nervöser funktioneller Störungen des Magens an. Im Jahr 1879 formulierte Leube ein System der Beschreibung nervöser Dyspepsie, das aber nur theoretisch und sehr unbestimmt ist. Dann nahmen Andere an, dass Fälle von sogenannter nervöser Dyspepsie, für die man keine anatomische Basis entdecken konnte, gastrische Manifestationen allgemeiner Neurasthenie oder Hysterien seien.

Wenne wir die Beziehungen der Atonia gastrica zu Verdauungsstörungen studieren, so muss sich uns die Ueberzeugung aufdrängen, dass viele Fälle, die als Hysterie, Neurasthenie oder nervöse Dyspepsie diagnostiziert werden, nichts anderes sind als Manifestationen von Atonia gastrica.

Wie ich in einem Vortrag*) dargelegt, ist die physiologische Funktion der Bauchwand mit ihren Muskeln, Faszien und Sehnen, wie aus der Anordnung der Muskelfasern in verschiedenartiger Richtung ersichtlich ist, die, die Baucheingeweide in ihrer physiologischen Lage zu erhalten, aber auch die Bewegungen des flüssigen Inhaltes der Eingeweide, die Sekretionen, die Ausscheidungen zu regulieren, bis zu einem gewissen Grade die Zirkulation und die Innervation zu kontrollieren. Ich hob hervor, dass die erschlaffte Bauchwand mit diastatischen verlängerten Muskelfasern, erschlafften Faszien die Eingeweide nicht mehr oder nur unvollkommen stützen, deren Funktionen nicht mehr kontrollieren kann. Es kommt zur Gastroptosie, zu allerhand sekretorischen und motorischen Störungen, besonders auch des Magens, und die ganze Zirkulation und Innervation des Bauches wird in Mitleidenschaft gezogen.

Dass viele Fälle, die man als Hysterie, Neurasthenie, nervöse Dyspepsie bezeichnet hat, nichts anderes sind als Manifestationen von Atonia gastrica, kann nicht dem geringsten Zweifel unterliegen.

Wenn wir in einem Fall, der als nervöse Dyspepsie diagnostiziert worden, in welchem sich Plätschergeräusch erzeugen lässt, in dem also Atonia gastrica besteht, den von mir vorgeschlagenen Heftpflasterverband anlegt und dann die gastrischen Symptome zugleich mit der Hebung der Atonie verschwinden, wie ich dies so oft beobachtet habe, so kann doch kein Zweifel über den Zusammenhang der Erschlaf-

*) Atonia gastrica in Beziehung zu Cholelithiasis, N. Y. Med. Montsschrit. Maerz 1906.

fung der Bauchwand mit der sogenannten nervösen Dyspepsie bestehen.

Diese Behandlung beruht auf wissenschaftlicher Grundlage.

Die gewöhnlichen Bandagen und Binden können den vorliegenden Anforderungen, intim auf die Muskelfasern, die hier in Betracht kommen, einzuwirken, durch einen vollständig gleichmässig verteilten Druck Innervation und Zirkulation zu beeinflussen, nicht gerecht werden, besonders nicht im Fall von mageren Individuen.

Der Heftpflasterverband, wenn das richtige Material gewählt und er richtig angelegt ist, wird von den Patienten gewöhnlich fünf Wochen lang ohne Klagen, ohne Beschwerden ausgezeichnet gut ertragen. Die Patienten sprechen sich in der Regel enthusiastisch über die günstige Wirkung desselben aus und solche, deren Haut so empfindlich, dass sie das Pflaster nicht ertragen können, bilden die seltene Ausnahme.

Fall von doppelter Ovariotomie nebst Entfernung einer intraligamentären Cyste im frühen Stadium der Schwangerschaft.*

Von Abram Brothers, B.S. M.D., New York.

Frau B. L., IV-Para, kam am 3. August 1903 unter meine Beobachtung. Der Anamnese nach war sie 28 Jahre alt, 12 Jahre verheiratet und bekam ihr letztes Kind vor 8 Monaten. Die Entbindungen waren normal, mit Ausnahme der letzten Entbindung, bei welcher Dystokie durch Steisslage verursacht worden war. Die Frau sah blühend und gesund aus. Seit der letzten Geburt hatten sich die Menses erst gezeigt, als das Kind 4 bis 5 Wochen alt war, und sollen dieselben sehr profus gewesen sein. Während der letzten Zeit klagte die Patientin über linksseitigen, abdominellen Schmerz, der nach der rechten Seite hin ausstrahlte. Ausser über einen mässigen Fluor klagte sie sonst über nichts. Die innerliche Untersuchung ergab einen etwas vergrösserten, normal gelagerten Uterus und hinter demselben eine apfelgrosse Geschwulst, welche als Ovarialcyste diagnostiziert wurde.

Am 2. Dezember 1903 kam die Patientin wieder zur Untersuchung. Die Menses, obwohl etwas mehr profus, waren regelmässig eingetreten. Patientin klagte über allgemeine Schmerzen in der Bauchgegend und im Rücken, hauptsächlich auf der rechten Seite, welche sie nicht blos während der Menstruation, sondern auch in den Zwischenzeiten plagten. Der Tumor lag ganz tief im Douglas und war deutlich vergrössert. Die Patientin verweigerte die vorgeschlagene Operation.

Ueber ein Jahr lang stellte sich die Patientin nicht wieder vor, bis sie sich anfangs Dezember 1904 wieder in der Sprechstunde einstellte. Sie war in der 7. Woche schwanger und wegen der Folgen, die der Tumor auf die Schwangerschaft und Entbindung haben könnte, in grosser Angst. Seit der letzten Untersuchung schien die Geschwulst viel grösser geworden zu sein. Die Frau erklärte sich bereit, sich der Operation zu unterwerfen.

Am 19. Dezember 1904 wurde die Patientin mittels transversalen Bauchschnittes im Beth Israel Hospital operiert. Rechts hinter dem Uterus lag die

*) Vortrag, gehalten in einer zu Ehren von Prof. Dührssen (Berlin) einberufenen Spezialversammlung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York.

intraligamentäre Cyste, welche nebst der rechten fest adhärenten Tube und dem cystischen Ovarium derselben Seite auf einmal entfernt wurde. Das linke Ovarium war gleichfalls vergrössert und mikrocystisch. Der Stiel sass breit auf der hinteren Fläche des breiten Mutterbandes. Das kranke Ovarium wurde nach vorheriger Abklammerung abgetragen und die Schnittfläche sorgfältig vernäht. Es ist nicht ganz unmöglich, dass ein kleines Stück der Albuginea des betreffenden Ovariums in der Gegend der Naht zurückgeblieben ist. Die Genesung verlief ohne irgend einen störenden Zwischenfall; die Wunde heilte per primam. Ohne die geringste Spur von Schwangerschaftsstörungen gehabt zu haben, verliess die Patientin nach einigen Wochen das Hospital.

Am normalen Ende der Schwangerschaft gebar sie ein gesundes Kind, welches jetzt zehn Monate alt ist. Seit der Entbindung ist die Menstruation ziemlich regelmässig erschienen. Weder während der Schwangerschaft noch seit der Entbindung haben sich irgend welche Zeichen der Schwäche, resp. der Hernie der Bauchnarbe gezeigt. Die Frau ist jetzt vollständig gesund und stillt ihr Kind.

Ich teile diesen Fall mit, um daran folgende drei interessante und praktische Punkte hervorzuheben:

1. Die geringe Gefahr bei Anwendung der modernen Chirurgie in der Bauchhöhle Schwangerer.

2. Die Sicherheit des transversalen Bauchschnittes, um Narbenbruch bei fortschreitender Schwangerschaft vorzubeugen.

3. Die Möglichkeit, beide Ovarien zu entfernen, ohne eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeizuführen.

Man kann sich natürlich fragen, ob es nicht ratsamer gewesen wäre, die Gravidität artifiziell zu beendigen und nachher zur Entfernung des Tumors zu schreiten. Obwohl ich gestehe, dass ich dieses Verfahren mehrmals selbst eingeschlagen habe, so scheint es mir doch, dass unter den Gynäkologen die allgemeine Meinung vorhanden ist, so weit als möglich doppelte Arbeit zu vermeiden und in einem derartigen Falle direkt auf das Ziel loszugehen, hauptsächlich deshalb, weil unter unseren modernen Hospitaleinrichtungen die Gefahr verhältnismässig gering ist. So fand beispielsweise Hall unter 241 Ovariotomien, die während der Schwangerschaft ausgeführt worden waren, nur die geringe Mortalität von 2 Prozent. Im Gegenteil soll es sehr gefährlich sein, solche Tumoren ungestört bis zur Zeit der Geburt zu belassen. McKerror hat 720 solcher Fälle gesammelt und die grässliche mütterliche Mortalität von 21 Prozent gefunden. Bei meinen vor 10 Jahren angestellten literarischen Studien fand ich, dass Cysten der Ovarien und der breiten Mutterbänder, welche bei ausgetragener Gravidität vorhanden waren und die Geburt komplizierten, eine mütterliche sowie eine kindliche Mortalität von ungefähr 50 Prozent aufwiesen. Natürlich konnte sich diese schreckliche Mortalitätsberechnung nur auf die alten praeantiseptischen Ziffern und Statistiken stützen. Ausserdem ist die Möglichkeit einer Unterbrechung der Schwangerschaft eine grössere, wenn bis zu den späteren Monaten gewartet wird. Unter solchen Umständen fand Audebert neulich in 60 Prozent der operierten Fälle Schwangerschaftsunterbrechung.

Im Laufe der vergangenen 18 Monate hatte ich fünfmal bei schwangeren Frauen zu laparotomieren. Die Operation gelang bei allen, nur eine Patientin abortierte. Diese Fälle sind, kurz berichtet, die folgenden:

I. Fall: Eine junge, erst 6 oder 8 Wochen verheiratete, schwangere Frau kam unter Beobachtung mit einem myomatösen Uterus, welcher bis zur Nabelgegend hinauf reichte. Sie war mit der Operation einverstanden, nur verlangte sie, dass möglichst darauf geachtet würde, die Schwangerschaft nicht zu unterbrechen. Die Laparotomie zeigte 6

Myome von verschiedener Grösse, welche herauszuschälen, resp. abzutragen auch wirklich gelang. Nach 3 bis 4 Wochen wurde die Frau entlassen, ohne dass die Schwangerschaft unterbrochen worden war, dieselbe soll vielmehr, wie ich hörte, normal verlaufen sein.

II. Fall: Bei dieser Patientin, welche auch einige Wochen schwanger war, handelte es sich um einen cystischen, mannskopfgrossen Ovarialtumor mit Stieltorsion. Der Tumor wurde leicht und, ohne Unterbrechung der Schwangerschaft zu verursachen, abgetragen.

III. Fall: Der oben erwähnte Fall, in welchem eine intraligamentäre Cyste samt beiden Ovarien während der siebenten Woche der Schwangerschaft entfernt wurde und keine nachteiligen Folgen des Eingriffes zeigte. Am Ende der Schwangerschaft erfolgte eine normale Entbindung.

IV. Fall: Spontaner Abortus folgte dem chirurgischen Eingriffe. Es hatte sich in diesem Falle eine purulente Ansammlung in der Nachbarschaft der Fimbrie einer linksseitigen Pyosalpinx gebildet, und zwar bei einer in den ersten Monaten schwangeren Frau. Auf der rechten Seite wurde gleichfalls ein Pyosalpinx gefunden und nebst einem Teile des korrespondierenden Ovariums abgetragen. Ich hielt es für gut, im unteren Winkel des Bauchschnittes einen Gazestreifen einige Tage liegen zu lassen. Am dritten Tage post operationem wurde ein kleiner Foetus samt Placenta ausgestossen; im übrigen verlief die Konvalescenz ungestört.

V. Fall: Die Patientin war eine I-Para und befand sich im dritten Monate der Schwangerschaft; die Kranke bekam einen akuten Anfall von Appendizitis und musste sich einer sofortigen Appendektomie unterwerfen. Die Schwangerschaft verlief in normaler Weise.

Einige dutzendmal habe ich den Pfannenstiel'schen Querschnitt ohne Unfall ausgeführt. Hier zu Lande, so glaube ich, hat Stimson diese Inzisionsmethode am häufigsten angewendet. Ausnahmsweise musste ich, um mehr Raum zu bekommen, einen vertikalen Schnitt hinzufügen, so dass die Wunde zuletzt wie ein Anker aussah. Besondere Wundstörungen sind niemals dadurch entstanden. Obwohl der Gebrauch dieses Schnittes begrenzt ist, so habe ich ihn doch bei einer grossen Reihe verschiedener Operationen, wie bei den folgenden, angewendet: Die Hysterektomie, wenn der Uterus nicht zu gross war; Abtragung verschiedener Tumoren, der Ovarien und Eileiter oder intraligamentärer Cysten. Wenigstens zweimal habe ich durch eine solche Wunde Pyosalpinx von bedeutender Grösse entfernt. In einem Falle erinnere ich mich, eine multilokuläre Cyste des Ovariums einer Seite und eine intraligamentäre Cyste der anderen Seite entfernt zu haben. Tumoren, welche die Grösse zweier Fäuste erreichen, sind nicht schwer durch den transversalen Bauchschnitt herauszufördern.

In dem Falle, welcher hier berichtet ist, war die Idee, einen Querschnitt vorzunehmen, wohl eine glückliche, weil die Patientin erst kurz zuvor schwanger geworden und sieben Monate fortschreitender Narbenspanung zu ertragen hatte. Zu keiner Zeit während der Gravidität war irgend eine Spur der Verdünnung der Narbe zu bemerken, und auch bis zum heutigen Tage ist kein Zeichen eines Bauchbruches vorhanden.

Endlich schien es mir von Interesse, diesen Fall schon deswegen zu veröffentlichen, weil die Abtragung beider Eierstöcke eine Störung der Schwangerschaft nicht zur Folge hatte. Ich stelle diese Behauptung absichtlich und mit Vorbedacht auf, obwohl ich der Tatsache bewusst bin, dass möglicherweise ein Stückchen des Eierstockes im Stiele des breiten Mutterbandes zurückgeblieben war.

Nach Mandl soll die Born'sche Theorie behaupten, dass das Corpus luteum der Schwangerschaft als eine seiner Funktionen die Einnistung des befruchteten Eies in die uterine Mukosa

und das Kontrollieren seiner weiteren Entwickelung zur Folge hat. Vor 10 Jahren beschrieb Skoloff gewisse atrophische Vorgänge im Muskel des Uterus nach der Kastration und kam zu dem Ergebnis, dass diese Atrophie durch trophische Störungen in den Nerven und Zentren bedingt wurde. Zuerst entfernte er die Ovarien von Tieren, welche 2 bis 3 Wochen gravid waren. Am Ende des zweiten Monats wurden die Tiere getötet, und, obwohl keine Spur des Foetus vorhanden war, bemerkte er atrophische Veränderungen in der Muskulatur. Daraus schloss er, dass nach der Kastration eine embryonale Degeneration, in welcher das Ei gänzlich verschwindet, folge.

Fränkel, dessen Anschauungen von Fleck und anderen akzeptiert werden, geht noch weiter. Er behauptet, dass die Menstruation von einem innerlichen Sekret des Corpus luteum abhängig sei; er betrachtet das Corpus luteum als eine glanduläre Bildung mit einem eigentümlichen Sekret, welches in regelmässigen Zeiträumen dem Uterus einen trophischen Antrieb liefert. Eine der Folgen dieses Einflusses soll die Einnistung des befruchteten Eies sein. Als Resultat seiner Tierversuche ergibt sich, dass die Einnistung des befruchteten Eies unbedingt von der Anwesenheit der Ovarien abhängt. Kaninchen, aus welchen kurz nach dem Koitus die Eierstöcke entfernt wurden, verfehlten, schwanger zu werden. Daraus schliesst er, dass beim menschlichen Weib die Ovariotomie bis zum Ende der Schwangerschaft oder wenigstens bis zur Zeit, in welcher das Corpus luteum seine Funktion vollendet hat, verschoben werden soll. Obwohl Halbau geneigt ist, die Fränkel'sche Hypothese abzulehnen, so pflichtet er ihm doch hinsichtlich des Einflusses des Eierstockes in der Einnistung des befruchteten Eies bei.

Im Gegenteil hat Skrobansky in ungefähr einem Drittel seiner Versuche mit graviden Kaninchen die Tatsache festgestellt, dass, wenn man zwischen dem zehnten und sechzehnten Tage die Ovarien sorgfältig entfernt, das befruchtete Ei ungestört bleibt und die Schwangerschaft bis zur normalen Zeit ausgetragen wird. Diese Experimente scheinen mir die Frage absolut und definitiv zu erledigen. Skrobansky fügt aber etwas unlogisch hinzu, dass die Entfernung der Corpora lueta ohne andere Störung der Ovarien die weitere Einnistung und das Wachstum des Eies unmöglich machen würde.

Zacharias schliesst, dass das Fortsetzen einer Schwangerschaft nach der doppelten Ovariotomie durch das Zurücklassen kleiner Reste des Eierstockes erklärbar sei. So erklärt er einen Fall Pozzi's. Wenn diese Erklärung nicht in allen Fällen zutrifft, so ist nach seiner Ansicht ein akzessorisches Ovarium vorhanden. Diese beiden Erklärungen sind alt und wurden bei der Beharrung der Menstruation nach doppelter Ovariotomie schon längst angewandt. Dagegen ist Prof. Essen-Möller bestimmt der Meinung, dass wenigstens in seinem Falle diese Erklärungen nicht anwendbar sind. Kosminski drückt sich betreffs seines Falles ähnlich aus.

Bis jetzt sind in der Literatur 47 Fälle doppelter Ovariotomie während der Schwangerschaft veröffentlicht worden. Darunter ist einer letal verlaufen und in 9 anderen Fällen die Schwangerschaft unterbrochen worden.

Oben erwähnten Fall möchte ich ergebenst der Ueberlegung meiner werten Zuhörer empfehlen. Ich gestatte mir, nochmals hervorzuheben, dass ein drittes Ovarium sicher nicht vorhanden war. Ob das zurückgelassene Stückchen Ovarialgewebe genügte, die Retentio in utero des befruchteten Eies und die Fortdauer der Menstruation zu bewirken, möchte ich Ihrem Urteil überlassen.

112 East 61st Street.

Auszüge aus der Journalliteratur.*

Ribbert, **Ueber die Miliartuberkulose.**

Gegen die Weigert'sche Lehre von der Entstehung der Miliartuberkulose durch plötzlichen Einbruch von zahlreichen Bazillen in den Blutstrom spricht nach R. vor allem:

1. Die Einbruchstellen werden meist nicht gefunden oder sie sind nicht derart, dass ein plötzliches massenhaftes Austreten von Bazillen hätte stattfinden können.

2. Die miliaren Knötchen sind verschieden gross und verschieden weit in ihrer Entwickelung.

R. erklärt die Miliartuberkulose in der Art, dass die Tuberkelbazillen immer wieder aufs neue in kleinen Mengen in den Kreislauf gelangen und sich in den Organen festsetzen, und zwar ist die Quelle der Invasion zu suchen in Intimatuberkeln der Lungenarterien, die ihrerseits wieder entstanden sind durch eine über längere Zeit sich erstreckende, immer erneute Ansammlung von Bazillen. — Deutsche mediz. Wochenschrift 1906, Heft 1.

Dionys Hellin, **Die Folgen von Lungenexstirpation.**

Nach Exstirpation der ganzen rechten Lunge bei Kaninchen schwindet die Dyspnoe nach 2—3 Stunden. Nach 5 Tagen beginnt eine Verschiebung des Herzens nach rechts. Durch diese, durch Höhertreten des Bauchfells und Vergrösserung der linken Lunge bis aufs Doppelte wird der Thoraxraum nach 5 Wochen vollständig ausgefüllt. Das Herz hypertrophiert enorm. Die CO_2-Ausscheidung ändert sich nach der Operation nicht. „Vielleicht lässt sich auf diese Weise erklären, warum bei Phthisikern, selbst mit grosser Lungenzerstörung, häufig keine dyspnoische Erscheinungen eintreten." — Arch. f. exper. Path. u. Pharmakol. 55. 21. 1906.

Georg Heinemann, **Zyklischer Verlauf bei Lungentuberkulose.**

Bei einer chronischen fortschreitenden Lungentuberkulose mit Kavernenbildung ohne sonstige Komplikationen traten ohne nachweisbare Ursache Fieberperioden von remittierendem Typus und zyklischem Verlauf unter gleichzeitiger Exazerbation des lokalen Prozesses auf. Lysis des Fiebers, Schweissausbruch, Rekonvaleszenzgefühl erinnern an das Heilungsstadium akuter Krankheiten, an Immunisierungsvorgänge. Die fieberfreien Intervalle wären dann Immunitätsperioden. Ein in regelmässigen Intervallen auftretendes, von fieberfreier Zeit unterbrochenes Fieber hat auch G. Schröder beobachtet, doch lagen die Fiebergipfel bei ihm nur 6—8 Tage, nicht wie bei Heimann ca. 18 Tage voneinander entfernt. — Beitr. z. Klin. d. Tub. v. Brauer. Bd. V. Hft. 1. p. 61—66.

v. Schläffer, **Die Lösungsverhältnisse bei Pneumonia fibrinosa und Pneumonia tuberculosa sive caseosa.**

Beansprucht man für die Lösungsvorgänge der Pneum. fibrinosa die Autolyse und das peptonisierende Ferment der Leukozyten, so ist unaufgeklärt, weshalb das Exsudat der tub. Pneumonie, das doch auch, wenn auch weniger Leukozyten enthält, verkäst und sich nicht auflöst. Schl. findet eine Antwort auf diese Frage in der körnigen Auflösung der Zelle und der Gewebe durch den O. Während bei der fibrinösen Pneumonie, besonders bei der grauen Hepatisation, durch eine immerhin vorhandene Blutzirkulation in den von Diplococc. pneum. wenig geschädigten Kapillaren die geschädigten Exsudatzellen der auflösenden Wirkung des O. anheimfallen, zerstören die Toxine des Tuberkelbazillus primär die umgebenden Gefässe des tuberkulösen Herdes und Sauerstoffzufuhr wie Lösung des tuberkulösen Exsudates bleiben aus, Verkäsung tritt ein.

Verminderte O-Zufuhr erklärt bei

*) Die folgenden Referate sind der ersten Nummer des soeben in das Leben getretenen „Internationalen Centralblattes für die gesamte Tuberkulose-Literatur" entnommen.

der fibrinösen Pneumonie die mangelhafte Lösung, eventuell die Karnefikation, noch erhaltene O-Zufuhr bei tuberkulösen Prozessen die ausbleibende Verkäsung. Therapeutisch resultiert die obligatorische Empfehlung der Digitalis, besonders während der grauen Hepatisation der fibrinösen Pneumonie. Eine Anregung der Gefässbildung um die Herde muss bei der tuberkulösen Pneumonie erstrebt werden; erinnert ist an die Einwirkung des Jodes auf die Gefässbildung. Die Bier'sche Stauung kommt vielleicht beiden Pneumonien zugute. — Beitr. z. Klin. d. Tub. v. Brauer. Bd. V. Hft. 1. 1900. p. 43—60.

Levinger, **Schwangerschaft und Kehlkopftuberkulose.**

Entgegen der Ansicht Kuttners sah Verf. in einem Fall rasches Wachstum eines tuberkulösen Kehlkopftumors unter dem Einfluss der Schwangerschaft. An der Hand weiterer Fälle schildert er sodann das Charakteristische der tuberkulösen Kehlkopftumoren nach dem Type d'Avellis. Ob beim Bestehen des tuberkulösen Kehlkopftumors Frühgeburt einzuleiten ist oder nicht, dafür reicht die vorliegende Kasuistik noch nicht aus. — Münch. med. Wochenschr. 1906. Nr. 23. S. 1110.

Poncet, **Tuberculose inflammatoire et ses localisations osteoarticulaires.**

P. betrachtet den Rheumatismus der Tuberkulösen als eine tuberkulöse Gelenkerkrankung ohne anatomisch-pathologischen Befund. Er glaubt, dass diese entzündliche Tuberkulose auf das Skelett übergeht und dort Knochenschwund und Knochenerweichung hervorrufen kann. Die grosse Gruppe von Knochenkrankheiten in der Pubertätsperiode erklären die einen für eine Spätrachitis, die anderen als eine Folge der Ueberlastung. Beide Theorien, sowohl die trophische wie die mechanische, müssen der Tuberkulose-Aetiologie weichen. Auch der schmerzhafte Plattfuss, das Genu valgum, die Coxa vara, die Skoliose, gehören wohl hierher. Die angebliche Spätrachitis ist also die Folge einer Infektion hauptsächlich durch den Tuberkelbazillus. — Acad. de médic. 13. III. 1906.

Blickhardt, **Sporadischer Skorbut als Komplikation einer „tumorartigen Cökaltuberkulose."**

Bei einer Patientin, bei der wegen anhaltender Magenbeschwerden, Krämpfen, Koliken, Erbrechen usw. ohne nachweisbare Gastrektasie eine Gastroenterostomie ausgeführt worden war, trat nach vorübergehender Besserung das vollentwickelte typische Bild eines mittelschweren Skorbuts auf. Das Schwinden der hämorrhagischen Diathese unter antiskorbutischer Diät trotz fortschreitender Inanition sprach übrigens gegen Purpura. Obwohl diagnostisch eine Stenose am Pylorus oder im oberen Duodenum angenommen werden musste, fand sich bei einem zweiten Leibschnitt doch eine tumorige Cökaltuberkulose mit starker Stenosierung der Bauhin'schen Klappe, aber auch mit Muskelhypertrophie des Pylorus, was für ein Hinaufreichen der Folgen der Stenose bis in den Magen spricht. Dem Verf. erscheint für die Entstehung des Skorbuts in diesem Fall die durch die chronische Darmstenose bedingte lang fortgesetzte einseitige Ernährung (wesentlich Mehlsuppen) wichtiger als die durch die tuberkulöse Infektion allenfalls gesetzte Disposition zum Skorbut. — Beitr. z. Klin. d. Tub. v. Brauer. Bd. V. Hft. 1. pg. 67—72.

Belgardt, **Ueber Regenerationserscheinungen in der Leber des tuberkulösen Meerschweinchens.**

Abgesehen von den Fällen, wo Tuberkulose mit Lebercirrhose kombiniert ist oder zur Lebercirrhose geführt hat, wie dies bei Meerschweinchen häufiger gefunden wurde, sind Regenerationserscheinungen bei Lebertuberkulose selten. Verf. gelang es, bei der experimentellen Tuberkulose der Meerschweinchen histologische Veränderungen nachzuweisen, die als regeneratorische Vorgänge zu deuten sind. Die Resultate seiner Untersuch-

ungen fasst B. in folgendem zusammen:

1. Bei einer Reihe von Fällen entstehen bei tuberkulösen Meerschweinchen multiple, verhältnismässig grosse nekrotische Knoten, die vom Bindegewebe eingekapselt werden. In der Nachbarschaft dieser Kapseln findet reichliche Neubildung eines drüsig gebauten Gewebes statt, dessen Epithel kubisch ist.

2. Auch entfernt von der Kapsel, diffus durch die ganze Leber zerstreut, finden sich kleinere, meist nur mikroskopische Knötchen von demselben drüsigen Bau.

3. Die Abstammung des Epithels des drüsigen Gewebes erscheint zweifelhaft, doch spricht manches für ihre Abstammung von Leberzellen.

4. Vereinzelt finden sich auch Knoten, die aus zweifellosen Gallengängen zusammengesetzt sind. (Gallengangsadenome.)

5. In einer zweiten Gruppe von Fällen bildet sich Lebercirrhose aus. Hier finden sich in dem neugebildeten Granulationsgewebe die für Lebercirrhose typischen Gallengangswucherungen, in dem übrig gebliebenen Parenchym der Leber finden sich Knötchen von drüsigem Bau.

6. Gelegentlich kommt es zur Bildung einer dicken Schwarte auf der Leber. Die Kapsel ist teils derb fibrös, teils wird sie von drüsigem Gewebe durchwachsen. — (Mit 3 histologischen Zeichnungen.) Inaugural-Dissertation, Leipzig 1905.

Egon v. Braun. **Ein seltener Fall von Uterustuberkulose.**

Bericht über einen Fall von histologisch festgestellter Uterustuberkulose, welche bei der sonst gesunden Frau durch Exkochleation geheilt wurde. Weder Anamnese, noch der klinische Befund hatten den Verdacht auf Tuberkulose aufkommen lassen. Es handelte sich in diesem Falle um eine solitäre (fraglich ob primäre) Tuberkulose des Endometriums. Verf. ist der Ansicht, dass bei öfters vorgenommener Auskratzung mit nachfolgender histologischer Untersuchung diese Krankheitsform sich wird häufiger beobachten lassen und empfiehlt mit Rücksicht auf den günstigen Verlauf in seinem Falle konservative Therapie (Auskratzung, jedoch keine Totalexstirpation). — Wiener Kl. Wochenschr. 1906 Nr. 1.

Franz Hamburger, **Demonstration eines Falles von primärer Tuberkulose der Vulva.**

Dreijähriges Mädchen, das wegen beiderseitiger Leistendrüsenschwellung eingebracht wurde. Es fand sich an der Innenseite der Kommissur der kleinen Labien ein unregelmässig begrenztes, seichtes, wenig belegtes Geschwür. Im Sekret desselben massenhaft Tuberkelbazillen. Im weiteren Verlaufe der Krankheit kam es zu einer typischen, sehr schweren Skrofulose. Durch Landaufenthalt bedeutende Besserung, Vernarbung des Geschwürs. Der Infektionsmodus ist unklar. Die Mutter erkrankte erst nachher an einem Spitzenkatarrh, es ist also fraglich, ob sie das Kind infiziert hat oder von demselben infiziert wurde. Da das Kind öfter bei einer lungenkranken Frau verkehrt hatte und dort auf dem Boden gesessen war, ist an eine Infektion durch Sputum vom Fussboden zu denken. — Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderh. Wien. 1906. Nr. 2.

J. B. Shellmire. M.D., Dallas, Texas. **Tuberculosis verrucosa cutis: Report of a case.**

Verf. berichtet über einen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, dessen Veröffentlichung er mit der Tatsache des seltenenen Vorkommens der Hauttuberkulose in Texas rechtfertigt.

Es handelt sich um eine 15jährige Negerin, bei der die Krankheit im Alter von 4 Jahren auf der linken Wange begann und sich allmählich auf das Kinn, die rechte Wange und die Wangenschleimhaut ausbreitete. Als Patientin 7 Jahre alt war, erkrankte auch die Beugeseite des linken Vorderarms.

Die erkrankten Stellen zeigten, der Beschreibung und den beigefügten Photographien nach zu urteilen, das

Bild des Lupus verrucosus. Die tuberkulöse Natur des Leidens wurde bestätigt durch den Nachweis von Tuberkelbazillen im Eiter und von zahlreichen Tuberkelknötchen in den Schnitten.

Patientin wurde mit Röntgenstrahlen behandelt, ausgekratzt, kauterisiert, geätzt usw. mit dem Erfolg, dass der Prozess beinahe vollständig ausheilte. — The Journal of Cutaneous Diseases. Vol. XXIV. Whole Nr. 280. Page Nr. 20—23. January, 1906.

A. Civatte, **Note pour servir a l'étude des tuberculides papulo-squameuses.**

Civatte beschreibt ausführlich den histologischen Befund bei drei Krankheitsfällen, welche ihrem klinischen Verhalten nach der Parasporiasis und zwar der „parasporiasis en gouttes" (Brocq) zugerechnet werden mussten. Der mikroskopische Befund entsprach bei diesen drei Fällen vollständig dem Bilde der Tuberkulose, es wurden Rundzellen, epitheloide Zellen, Riesenzellen, sowie verkäste Herde gefunden — allerdings keine Tuberkelbazillen.

Civatte erörtert die Frage, ob nicht auch die übrigen Fälle der Parasporiasis, bei denen zwar der histologische Befund nicht so klar für Tuberkulose spricht, doch als solche aufzufassen sind, d. h. ob nicht die Parasporiasis überhaupt nur eine „atypische Form der Hauttuberkulose" ist. Allerdings gibt Civatte zu, diese Anschauung durch keinen Beweis stützen zu können.

Am Schluss wirft Civatte die Frage auf, ob nicht die Jadassohn-Neisser'sche Krankheit die von Brocq der Parasporiasis zugerechnet wurde, aus dieser Gruppe auszuschliessen ist; ihm erscheint letzteres richtiger. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Bd. VII. Heft III. März 1906. S. 209.

Dr. Walther Pick, **Ueber die Einschlüsse im Lupusgewebe.**

Verf. sucht auf Grund histologischer und mikrochemischer Untersuchungen die Natur der im lupösen Infiltrat gelegentlich, meist in Verbindung mit Riesenzellen nachweisbaren, polymorphen, konzentrisch geschichteten Einschlüsse zu eruieren, die teils als Hassal'sche Körper, teils als degenerierte, mit Kalk- und Eisensalzen inkrustierte elastische Fasern, teils als Parasiten (Blastomyzeten) angesehen werden.

Die Einschlüsse fanden sich unter 37 untersuchten Fällen der Riehl'schen nur in zweien; in grösserer Zahl nur in einem von diesen.

Die Vermutung, dass es sich um Produkte von Tuberkelbazillen handeln könnte, fand sich durch nichts bestatigt; ebensowenig haben die Einschlüsse mit Blastomyzeten etwas zu tun.

Sie sind vielmehr bedingt durch die Ablagerung von Eisen und Kalk in und um resistentere Gewebselemente, wahrscheinlich verschiedener Art; im vorliegenden Falle waren es insbesondere Lanugohaare, welche in dieser Weise als Fremdkörper wirkten. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1906. Bd. 78. Hft. 2-3. p. 185.

E. Weil und H. Nakajama, **Ueber den Nachweis von Anti-Tuberkulin im tuberkulösen Gewebe.**

Wie Moreschi gezeigt hat führen die Umstände, die zu einer Präzipitation führen, zu einer antikomplementären Wirkung, z. B. Ausbleiben der Hämolyse in einem hämolytischen System. Wassermann und Bruck zeigten nun, dass beim Zusammenbringen von Tuberkulin und Extrakt eines tuberkulösen Gewebes die gleiche antikomplementäre Wirkung eintritt; sie schlossen daraus, dass beide sich verhalten wie Antigen und Antikörper, sie glauben also mit dieser Methode Antituberkulin im tuberkulösen Gewebe gefunden zu haben. Unverständlich bleibt aber, warum nicht in vivo die Vereinigung des Tuberkulins mit dem hypothetischen Antituberkulin eintritt. Wie Wassermann und Bruck schon gezeigt haben und wie Verf. bestätigen, wirkt schon Tuberkulin und Tuberkelbazillen-Extrakt al-

lein hemmend auf die Hämolyse und zwar antikomplementär. In den Wassermann'schen Experimenten addierten sich Tuberkulin und Organextrakt zu hemmenden Dosen. Wassermann und Bruck haben also lediglich nachgewiesen, dass im tuberkulösen Gewebe sich Extraktivstoffe und Tuberkelbazillen befinden. — Münch. med. Wochenschr. 1906. Nr. 21. S. 1001.

A. Calmette et Breton, **Sur les effets de la tuberculine absorbée par le tube digestif chez les animaux sains ou tuberculeux.**

Verfütterung von Tuberkulin kann sogar bei gesunden Meerschweinen, besonders bei jungen Tieren, den Tod hervorrufen. Eine Gewöhnung durch allmählich wachsende Dosen gelingt nicht. Bei tuberkulösen Meerschweinen ruft schon Verfütterung von 1 Miligramm deutliche Reaktion hervor, während sie bei gesunden Tieren ausbleibt. — Acad. des scienc. 12.—26. März 1906.

Köppen, **Tuberkulosestudien II.**

Versuche zur Unterscheidung der sogenannten Toxalbumine und Toxoproteide. Unterschiede zeigten sich höchstens in der temperaturerhöhenden Wirkung. — Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten. Bd. 52. Heft 1.

A. Wrzosek, **Die Bedeutung der Luftwege als Eingangspforte für Mikroben in den Organismus unter normalen Bedingungen.**

Verf. liess Hunde, Kaninchen, Meerschweinchen und weisse Mäuse Bac. kilieuse und Bac. fluorescens non liq. in verstäubtem Zustande 15 Minuten lang einatmen. Später wurden intra vitam Organstücke aseptisch entnommen in Bouillon übertragen. Es liess sich weder bei erwachsenen noch jungen Tieren unter normalen Verhältnissen ein Uebergang ins Blut und die inneren Organe nachweisen. Bei tracheotomierten Tieren jedoch, welche Lungenstörungen zeigen (Hepatisation, Blutungen etc.), finden sich die Bazillen schon nach 2 Stunden in den Bronchialdrüsen, nach 8 Stunden in Leber und Milz. — Arch. exp. Path. u. Pharm. 54. 398. 1906.

Vanstenberghe et Grysez, **Sur l'origine intestinale de l'anthracose pulmonaire.**

Calmette und Guérin hatten gezeigt, dass Lungentuberkulose durch Verfütterung von Tuberkelbazillen erzeugt werden kann. Da die Staublunge immer zum Beweis für die primär-pulmonale Einwanderung der Tuberkelbazillen herangezogen wird, untersuchten Verf. experimentell die Entstehung der Staublunge. Führten sie erwachsenen Meerschweinen chinesische Tusche oder Kohlenstaub in den Magen ein, so fanden sich, auch wenn das Material mit der Sonde eingeführt wurde, die Staubteilchen in der Lunge und in den Mediastinaldrüsen, während die Mesenterialdrüsen (wenigstens bei den erwachsenen Tieren) frei waren. Es kann also eine Staublunge auch durch Verfütterung entstehen. Nach Inhalation dichten Russes fanden sie zwar denselben in den Alveolen, aber niemals in das Lungenparenchym eingedrungen und beim Kaninchen, das nur durch die Nase atmet, fanden sie die Lunge vollkommen frei. In einer weiteren Versuchsreihe liessen sie Kaninchen mit unterbundenem Oesophagus und daneben Kontrolltiere mit nicht unterbundener Speiseröhre Staub einatmen. Bei letzteren fand sich eine ausgesprochene Anthrakose, während sie bei operierten Tieren ausblieb. Endlich verschlossen sie nach Vornahme einer tieferen Tracheotomie einen Bronchus und liessen dann die betreffenden Tiere Staub inhalieren. Es fand sich nachher der Staub nicht nur in der Lunge mit offenem, sondern auch in der mit verschlossenem Bronchus.

Verschluss des Oesophagus verhindert also bezw. vermindert die Anthrakose, während Verschluss eines Bronchus das Entstehen der Anthrakose in den entsprechenden von der Luft abgeschlossenen Lungenteilen nicht verhindert. Verff. ziehen aus ihren Un-

tersuchungen die Schlussfolgerung, dass die Anthrakose intestinalen Ursprunges ist. — Ann. de l'Inst. Pasteur 1905. 12.

Calmette et Guérin, **Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire et mécanisme de l'infection tuberculeuse.**

Ebenso wie in ihren früheren Ziegenversuchen fütterten Verff. 4 Rinder, die nicht auf Tuberkulin reagierten, mit Dosen von 0,1 bis 1 g Tuberkelbazillen. Nach 29 Tagen reagierten sie sämtlich auf Tuberkulin. Sie wurden nach 31 bis 75 Tagen getötet. Nur bei dem letzten nach 75 Tagen getöteten Tier, das die kleinste Dosis erhalten hatte, fand sich eine schon makroskopisch erkennbare Tuberkulose und zwar Lungenherde mit deutlicher Verkäsung. Bei den übrigen Tieren fanden sich makroskopisch ausgedehnte Drüsenschwellungen (besonders der Mesenterial-, Bronchial- und Retropharyngealdrüsen), und ausserdem konnten in sämtlichen der genannten Drüsen auch Tuberkelbazillen nachgewiesen werden, bei einem auch in der Lunge.

Angesichts der Versuchsergebnisse Vallées, den ergebnislosen Versuchen durch direkte Lungen-Infektion Tuberkulose zu erzeugen, sowie in weiterer Berücksichtigung der Untersuchungen von Vanstenberghe und Grysez über die Staublunge muss die Tuberkulose der Lunge als eine sekundäre Erkrankung angesehen werden. Die Tuberkulose entsteht vom Intestinum aus und folgt dann den Lymphwegen. Sie findet den ersten Widerstand in den Lymphdrüsen, der bei Kindern ausgesprochener ist als bei Erwachsenen. Daher findet man beim Kinde oft Mesenterialdrüsen-Tuberkulose, während beim Erwachsenen das Drüsenfilter sehr rasch passiert wird und sich vorzugsweise Lungentuberkulose findet. — Ann. de l'Inst. Pasteur. 1906. Nr. 5.

Calmette et M. Breton, **Sur les dangers de l'ingestion de bacilles tuberculeux tués par la chaleur chez les animaux tuberculeux et chez les animaux sains.**

Durch hohe Temperatur (100°) getötete Tuberkelbazillen verfütterten die Verff. teils, teils injizierten sie sie in die Bauchhöhle tuberkulöser Meerschweine. Die gefütterten Tiere starben durchschnittlich nach 41 Tagen und zeigten, wenn die Erkrankungen der Därme wenig ausgesprochen waren, Erkrankungen der Nebennieren (Hypertrophie) und Degenerationsprozesse der Leber. Das gleiche fand sich bei den intraperitoneal injizierten Meerschweinen, aber ausserdem noch eine allgemeine Tuberkulose des Darms. Endlich zeigten sich die gleichen Erscheinungen bei den normalen d. h. nicht tuberkulösen mit sterilisierten Bazillen gefütterten Meerschweinen. Im allgemeinen war die Wirkung der toten Bazillen ähnlich der verfütterter kleiner Dosen Tuberkulin. Die Aufnahme von Tuberkelbazillen, auch wenn sie durch Hitze sterilisiert sind, kann sehr gefährlich werden, sowohl schon für tuberkulöse als für nicht tuberkulöse Individuen. Die Milchsterilisierung beseitigt also nicht die Schädlichkeiten tuberkelbazillenhaltiger Milch. — Academie des sciences 10. 2. 1906.

Schlossmann und Engel, **Zur Frage der Entstehung der Lungentuberkulose.**

Die experimentellen Ergebnisse der Autoren bedeuten eine sehr wertvolle Stütze der v. Behring'schen Anschauungen.

Um den Einwand einer doch bei dem gewöhnlichen Fütterungsakt möglichen teilweisen Aspiration von vornherein auszuschliessen, haben S. und E. jungen Meerschweinchen in den aus der Laparotomialwunde vorgezogenen Magen unter den nötigen Kautelen zwecks Vermeidung von Infektion des Peritoneums per Pravazspitze Aufschwemmungen von Tuberkelbazillen in Milch und Sahne durch die Magenwand hindruch eingebracht, die Einstichstelle verschorft und die Bauchwunde sorgfältigst vernäht.

Wenige Stunden nachher schon

konnten in den Lungen der dann getöteten Tiere Tuberkelbazillen durch das Tierexperiment nachgewiesen werden!!

Dass die intestinale Infektion so nicht nur möglich, sondern wohl den Hauptweg der Infektion überhaupt darstellt, dafür spricht nach S. und E. neben dem bisherigen Misslingen eines wirklich beweisenden Inhalationsversuches vor allem der Ausfall des Weleminsky'schen Versuchs, bei dem die Lungen eines für ½ Stunde einem Tuberkelspray ausgesetzten Kaninchens durch Tierexperiment sich als völlig tuberkulosefrei erwiesen! — D. med. Wochenschr. 1906. Nr. 27.

Fränkel, **Ueber die Verbreitungswege der Lungentuberkulose vom klinischen Standpunkt.**

Von den 3 in betracht kommenden Infektionsarten, der Inhalation, der lymphogenen und hämatogenen Infektion hält F. die lymphogene für eine grosse Anzahl von kindlichen Lungentuberkulosen für den wahrscheinlichsten. Die primär hämatogene Infektion ist wie Schmorl's Veröffentlichungen zeigen, doch wohl etwas unterschätzt worden.

Für die chronische Lungentuberkulose der Erwachsenen spielt nach F. sicherlich die Inhalation eine sehr wichtige Rolle. Das Auftreten akuter Symptome hat stets das schon längere Bestehen älterer Primärherde zur Voraussetzung. Die akuten Tuberkulosen mit Ausnahme der Miliartuberkulose sind nach F. meist Aspirationstuberkulosen. Die Mischinfektion spielt nach F. doch oft eine durch die Verlaufssymptome gut charakterisierte nicht unwichtige Begleitrolle.

Therapeutisch spricht sich Fr. sehr reserviert aus über die in neuerer Zeit soviel diskutierte künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. — D. med. Wochenschr. 1906. Nr. 9.

Julius Bartel (Wien), **Die Infektionswege bei der Fütterungstuberkulose.**

Bereits früher sind wiederholt Fütterungsversuche mit tuberkulösem Material bei den verschiedensten Tieren gemacht worden. Die Resultate sind aber zum Teil nicht einwandsfrei und vergleichsfähig. Verf. unternahm unter Beobachtung strengster Vorsichtsmassregeln Fütterungsversuche bei Kaninchen und einigen Meerschweinchen mit vom Menschen stammendem tuberkulösen Material. Wegen der Technik seiner Versuche verweisen wir auf das Original. Die Impftiere wurden nach Tötung oder, nachdem sie verendet, aseptisch verarbeitet, verschiedene Drüsengruppen (Tonsillen, Hals-, Bronchial- und Mesenterialdrüsen) steril verrieben und weiter auf Meerschweinchen verimpft. Verf. nahm genaue mikroskopische (Deckglaspräparate) und histologische Untersuchungen vor und legte zum Teil von dem infektiösem Material Kulturen an. Die Tiere wurden im allgemeinen nur einmal mit dem infektiösen Material gefüttert. Alle Versuchsprotokolle sind genau mitgeteilt. Bei den meisten Versuchstieren kam es zum Durchtritt von Tuberkelbazillen durch die Schleimhäute des Verdauungstraktus. Bei 22 Tierversuchen war das Resultat nur 4mal negativ. „9mal scheinen die Tonsillen und Umgebung eine Eintrittspforte abgegeben zu haben, 4mal fanden sich Zeichen einer Bazilleninvasion an Hals-, 2mal an den Lymphdrüsen des Brustraumes, 16mal an den Mesenteriallymphdrüsen.“ Es machten sich verschiedene Kombinationen unter den befallenen Drüsengruppen geltend. Verf. beweist also aufs neue, dass Inhalations- und Fütterungstuberkulose auf dasselbe hinauskommen können. Bei den Fütterungstieren zeigten sich histologisch fast nur Epitheloidzellentuberkel mit und ohne Riesenzellen, gelegentlich auch vereinzelte Riesenzellen, worauf besonders hingewiesen wird. Also die rein produktive Komponente des T. B. tritt in den Vordergrund. Die Weiterverimpfung der erkrankten Lymphdrüsen auf Meerschweinchen erzeugte fast nur an der Impfstelle Veränderungen, die allerdings auch Exsudation und Nekrose erkennen liessen. Durch den Aufenthalt in den Lymphdrüsen der Fütterungstiere werden die T. B.

jedenfalls in ihrer Virulenz stark abgeschwächt. — Die Schleimhäute scheinen von dem T. B., ohne Veränderungen zu verursachen, passierbar zu sein.

Es richtet sich nach der Art der Verteilung des T. B., in dem verfütterten Material, ob bereits eine Infektion der Tonsillen und Halsdrüsen erfolgt oder erst im Darmkanal die Bazillen die Schleimhaut durchdringen. Die Bronchialdrüsen erkranken niemals nach Verfütterung infektiösen Materials primär. Interessant ist, dass Bartel 7—16 Tage nach der Fütterung die Bazillen im Lymphgefässsystem der Tiere nicht finden konnte, dass sie aber wieder auftraten, ohne dass bei diesen Tieren etwa eine zweite Infektion erfolgt wäre. Es kommt fast stets zu einem Latenzstadium der Tuberkulose im Lymphgefässsystem, welches bei den Tieren Bartels bis zum 104. Tage dauerte. — Klinisches Jahrbuch. Bd. 14. 1905. Verl. G. Fischer, Jena.

J. Grober (Jena), **Die Tonsillen als Eintrittspforten für Krankheitserreger, besonders für den Tuberkelbazillus.**

Verf. gibt einen genauen Ueberblick über die Anatomie der Tonsillen und ihre physiologische Funktion, die vor allem in einem Passierenlassen eines Lymphstromes durch die Epithellücken besteht, eine Hauptquelle der Speichelkörperchen. (cf. Stöhr's Untersuchungen). Beim Schluckakt geht der Strom aber zentripetal in umgekehrter Richtung. Es werden allerlei Keime mit in die Tonsillen von der Mundhöhle aus hineingepresst werden können. Damit ist ihre Bedeutung als Eintrittspforte von Infektionserregern von selbst gegeben.

Der Konnex der Tonsillen mit dem Lymphgefässsystem des Halses, der Brusthöhle und mit der Pleura ist bekannt. — Die Tonsillen sind in ihrer Bedeutung für die Entstehung der Tuberkulose schon von mehreren Seiten gewürdigt worden. Grober gibt uns einen genauen Ueberblick über die einschlägige Literatur.

Er selbst hat den Infektionsweg durch Versuche mit feinstverteilter chinesischer Tusche, die er Kaninchen in Narkose in die Tonsillen injizierte, studiert. Er fand die Tuschekörnchen in den Drüsen des Halses, der oberen Thoraxapertur und dicht oberhalb der Pleurakuppe, ferner in der Pleura der Lungenspitzen und im Pleuraraum selbst. Es kam dann zu Verklebungen der Pleurablätter und dadurch zu verbindenden Brücken zwischen Pleura und Lungengewebe.

Der negative Druck im Pleuraraum befördert durch Ansaugen die Weiterverbreitung der Partikelchen. — Der retrograde Transport im Lymphgefässsystem nach v. Recklinghausen hat gleichfalls für die Verbreitung von korpuskulären Elementen von den Tonsillen Bedeutung; denselben Weg, wie die Tusche, können auch Bakterien gehen. Verf. bespricht die Bedeutung der Tonsillen für die Diphtherie, den Scharlach, überhaupt alle Kokkenerkrankungen des Menschen und für die Tuberkulose.

Es leuchtet sehr ein, dass die Lungenspitzentuberkulose auf bezeichnetem Wege leicht entstehen kann, vor allem bei Menschen, deren Tonsillen krankhaft verändert sind und den Krankheitserregern bessere Eingangspforten bieten. Die Spitzentuberkulose entsteht dann lympho-pleurogen. Eine gute Behandlung aller Affektionen der Tonsillen ist also ein Prophylaktikum gegen die Tuberkulose.

Der Arbeit ist ein sehr umfangreiches Literaturverzeichnis (242 Nummern) angefügt. — Klinisches Jahrbuch. Bd. 14. 1905. Verl. von G. Fischer, Jena.

Julius Bartel und Fritz Spieler, **Der Gang der natürlichen Tuberkuloseinfektion beim jungen Meerschweinchen.**

In Fortsetzung einer früheren Arbeit teilen die Verff. ihre ausserordentlich interessanten Versuche mit, welche die „Schmutz- und Schmierinfektion" des Kindesalters möglichst im Tierversuche wiedergeben sollen. Zu diesem Zwecke werden die gesunden Tiere in eine Familie von hustenden Phthisikern gebracht, wo sie den Kin-

dern zum Spielen dienten und von Abfällen genährt wurden.

Die Versuche ergaben, dass dem Stadium der manifesten Drüsentuberkulose ein „lymphoides" Stadium vorausgeht, während dessen das gesamte regionäre Drüsensystem des Respirations- und Verdauungstraktes bereits infiziert sein kann, was man aber weder makroskopisch noch mikroskopisch, vielmehr nur durch Impfversuche nachweisen kann. In 17 von 27 Fällen gelang es in den lymphatischen Organen des Verdauungs- und Respirationstraktes die Anwesenheit von Tuberkelbazillen nachzuweisen und zwar Tonsillen 2 mal, Halsdrüsen 10 mal, Bronchialdrüsen 9 mal, Mesenterialdrüsen 17 mal (100%). Die Bazillen scheinen auch bei natürlicher Infektionsgelegenheit durch die anscheinend intakte Schleimhaut in die Drüsen zu gelangen; unmittelbar nachher sind sie daselbst nachweisbar. Dann folgt ein Latenzstadium, während dessen der Nachweis nicht gelingt, welcher später — offenbar infolge Virulenzsteigerung — wieder möglich ist. Die Drüsen des Verdauungstraktes erkranken häufiger und zeitlich früher als die Bronchialdrüsen und die Lungen, deren Erkrankung dann allerdings das Bild beherrscht. Die Erkrankung der Lunge kann wohl auch durch den Luftstrom erfolgen, keineswegs spielt dieser Infektionsmodus die vorherrschende Rolle. Vielmehr weisen die Versuche der Verff., deren Tiere ähnlicher Infektionsgelegenheit ausgesetzt waren wie dies für das Kindesalter in Betracht kommt, darauf hin, dass die wichtigeren Eintrittspforten für den Tuberkelbazillus die Mundhöhle, Nasenrachenraum und Darmkanal bilden. — Wiener Klin. Wochenschr. 1906. Nr. 2.

Albert Uffenheimer, **Ueber das Verhalten der Tuberkelbazillen an der Eingangspforte der Infektion.** Erwiderung auf die Arbeit des Herrn v. Baumgarten.

v. Baumgarten hatte betont, dass unter allen Umständen an der Eingangspforte des Tuberkulosevirus tuberkulöse Veränderungen hervorgerufen werden. Auch für die Fütterungsversuche soll das Geltung haben. U. führt den strikten Beweis, dass eine Passage der Tuberkulose durch die Darmwand ohne tuberkuöse Erkrankung dieser recht wohl möglich ist. In seinen Beobachtungen war sie auch die Regel. Kurze Bemerkung über Plazentartuberkulose. — Berl. Klin. Wochenschr. 1906, Nr. 14.

Albin Burckhardt, **Ueber Häufigkeit und Ursache menschlicher Tuberkulose auf Grund von ca. 1400 Sektionen.**

Die Verarbeitung des sehr reichlichen Sektionsmaterials (1452 Fälle) erfolgt im wesentlichen nach der bekannten Methode Nägelis, der 500 Fälle untersucht hat. Nägeli fand bei den Kindern in 18% der Fälle Tuberkulose, von denen 66⅔% letal verliefen; bei Erwachsenen 97—98%, von denen 28% letal verliefen. B. stellte bei Kindern 38% Tuberkulosefälle mit einer Letalität von 50% fest (am häufigsten Bronchialdrüsen-Tuberkulose); von den Erwachsenen erwiesen sich 91% tuberkulös.

Es finden sich ferner sehr beachtenswerte statistische Mitteilungen über Kombination von Herzfehlern mit Tuberkulose und Karzinom mit Tuberkulose.

Das Sektionsmaterial betraf insbesondere Arbeiterbevölkerung. Nach den Angaben des Verf. finden sich aber auch in der Praxis aurea Dresdens ca. 70% Tuberkulosefälle bei Sektionen. — Dieselbe Zeitschrift u. Bd., p. 139.

Wilhelm Weinberg, **Die Tuberkulose in Stuttgart 1873—1902.**

Artikel enthält die Tuberkulosesterblichkeit in Stuttgart tabellarisch bearbeitet. Berücksichtigt sind dabei Alter, speziell das 1. Lebensjahr, Geschlecht, die sozialen Verhältnisse und die Gebürtigkeit. Bemerkenswert ist die wesentliche Abnahme namentlich der Lungentuberkulose bei den Männern speziell im 3. Jahrzehnt, die Verf. den Heilstättenerfolgen zuschreibt. Im übrigen erweist sich die Tuberkulose als „exquisit soziale Krankheit".

Der Einfluss des Familienstandes, von Schwangerschaft und Wochenbett, des ehelichen Zusammenlebens, sowie die Frage der Vererbung finden am Schlusse kurze Erwähnung. — Württemb. med. Korrespondenzblatt Nr. 1 u. 2, 1900.

Ludwig Hofbauer, **Zur Pathogenes der Lungentuberkulose.**

Verf. sieht die Ursache der Prädisposition der Lungenspitzen für die Tuberkuloseinfektion darin, dass die basalen Partien der Lunge besser gelüftet und genährt werden als diese, wodurch die Widerstandskraft gehoben wird. — Wiener klin. Wochenschr. 1906, Nr. 6.

Kleine, **Impftuberkulose durch Perlsuchtbazillen.**

Verf. züchtete aus tuberkulösen Hauterkrankungen bei Schlächtern Kulturen, die er als „Perlsuchtkulturen" ansehen musste. Die Erkrankung betraf 5 Personen und die Dauer der Krankheit war ¼ Jahr bis 8 Jahre. 2 der Stämme erwiesen sich als avirulent für das Rind, die übrigen bewirkten typische Perlsucht, auch der Stamm, der 8 Jahre im Menschen verweilt hatte. Verf. glaubt daher nicht an eine Abschwächung der Rindertuberkelbazillen im menschlichen Körper, wohl aber, dass Rindertuberkelbazillen für den Menschen relativ unschädlich sind, während vom Menschen stammende Tuberkelbazillen nach subkutaner Infektion einen zur Generalisierung neigenden Krankheitsprozess hervorrufen. — Ztschrft. f. Hyg. etc. Bd. 52. Heft 3.

v. Dungern, **Beitrag zur Tuberkulosefrage auf Grund experimenteller Untersuchungen an anthropoiden Affen.**

Verf. studierte die experimentelle Empfänglichkeit von Gibbons gegenüber experimentellen Infektionen mit 2 vom Menschen und 2 vom Rinde herrührenden Tuberkelbazillenstämmen. Die subkutan infizierten Tiere (0,01 g) starben alle an schwerster Tuberkulose. „Ein Unterschied in der Wirkung der Perlsuchtbazillen und der menschlichen Tuberkelbazillen ist in keiner Beziehung zu konstatieren". Von den mit Tuberkelbazillen der genannten Herkunft gefütterten Affen erkrankten in beiden Serien von 3 Affen je 2 an schwerer Tuberkulose. Auch hier war kein Unterschied zwischen Perlsucht und menschlicher Tuberkulose festzustellen, höchstens im anatomischen Bilde. Die Perlsuchtbazillen schienen leichter im Darm zu haften. Da die anthropoiden Affen nicht nur weitgehende anatomische Uebereinstimmung, sondern auch gleichartige Präzipitin-Reaktion und ähnliches Verhalten gegenüber manchen spezifischen Infektionskrankheiten (Typhus, Pocken, Syphilis) zeigen, also phylogenetisch dem Menschen sehr nahe stehen, liegt kein Grund vor, eine verhältnismässig geringe Virulenz der Perlsuchtbazillen für den Menschen anzunehmen. „Wir müssen auf Grund dieser Untersuchungen prinzipiell an der Gefährlichkeit der Rindertuberkulose für den Menschen festhalten". — Münch. med. Wochenschrift 1906. Nr. 1. S. 4.

Gustav Baermann und Ludwig Halberstädter, **Experimentelle Hauttuberkulose bei Affen.**

Mit einer Kultur von einem spontan an Tuberkulose erkrankten Orang-Utang werden mehrere Makaken kutan geimpft (Augenbraue). Es entstehen Ulzerationen. Bei einigen Tieren lupusähnliche Knötchen und Schuppen in der etwas entzündlich geschwellten Basis ohne Ulzeration, Abweichen der tuberkulösen Hauterscheinungen vom Bilde des syphilitischen Primäraffektes bei Affen. Bei Injektionen von Alttuberkulin keine deutlichen Temperatursteigerungen, aber nach 24 Stunden wahrnehmbare Lokalreaktion. Durch die Injektionen keine Beeinflussung der lokalen und allgemeinen Tuberkulose, ebensowenig bei mit Alttuberkulin vorbehandelten Tieren, die später infiziert wurden.

Eine zweite Inokulation bei Tieren mit bereits deutlichen tuberkulösen

Hauterscheinungen verläuft wie die erste.

Im weiteren Verlauf des Prozesses Bild der ulzerösen Hauttuberkulose beim Menschen. Tod an allgemeiner Tuberkulose. — Vorläufige Mitteilung. Berliner klin. Wochenschr. 1905. Nr. 4.

Adolf Reitz, **Bakteriologische Untersuchungen mit der Stuttgarter Markt- und Handelsbutter.**

Verf. hat 94 Butterproben aus Württemberg auf Tuberkelbazillen untersucht. Sie stammten aus 90 verschiedenen Bezugsquellen und 88 verschiedenen Molkereien. Mittels Tierversuch konnten in 8,5% Tuberkelbazillen nachgewiesen werden.

Die Isolierung von Tuberkelbazillen aus den Organen der kranken Tiere gelang bei keinem Versuchstier.—Archiv für Hygiene. Bd. 57. Heft 1. S. 1.

Alexander Marmorek, **Beitrag zur Kenntnis der Virulenz der Tuberkelbazillen.**

Prüfung an weissen Mäusen, Steigerung der Empfindlichkeit der weissen Maus durch Injektion von Bazillen und Chinin. Das Chinin lähmt die Phagozyten. Es bilden sich bei intraperitonealer Injektion Tuberkel in den Organen, besonders in den Lungen. Prüfung von jungen und alten Kulturen. Die Virulenz der Tuberkelbazillen nimmt mit dem Alter ab. — Berl. klin. Wochenschr. 1906. Nr. 11.

Bruck, **Zur biologischen Diagnose von Infektionskrankheiten.**

Während nach B.'s Versuchen es bei Phthisikern der verschiedensten Stadien nicht gelingt, mittelst der Bordet-Methode gelöste Tuberkelbazillenstoffe im Blut nachzuweisen und demnach die Antikörperbildung jedenfalls überhaupt erst durch Vorbehandlung mit Tuberkelbazillenpräparaten (Alt- und Neutuberkulin etc.) angeregt wird, ist es B. gelungen, durch dieselbe Methode bei der Miliartuberkulose in den ersten Tagen diese Bazillensubstanzen nachzuweisen und dadurch eine serodiagnostische Differenzialdiagnose zu ermöglichen.

Zusatz von Antikörper (in diesem Falle Höchster Antituberkuloseserum) und Komplement (frisches normales Meerschweinchenserum) zum Blutserum des Kranken sowie als Indikator inaktiviertes Hammelblut lösendes Kaninchenserum plus 5%ige Hammelblutverdünnung ergab Hemmung der Hämolyse, also Anwesenheit von dem zugefügten Antikörper entsprechendem Antigen, d. i. gelösten Tuberkelbazillensubstanzen.

Eine Untersuchung einige Tage später ergibt komplette Hämolyse, also Abwesenheit von Antigen. Veränderte Anordnung des Versuches, indem statt Antikörper Antigen, d. i. Alttuberkulin zugefügt wurde, ergibt wieder Hemmung der Hämolyse, also Vorhandensein von Antikörpern, die — ein Ausdruck des vom Organismus gegen die im Blut kreisenden Bazillensubstanzen aufgenommenen Kampfes — im weiteren Verlauf der Erkrankung mit dem Erlahmen des Organismus bei zunehmender Ueberschwemmung des Blutes mit Bazillenprodukten, dann nachweisbar wieder schwinden. — D. med. Wochenschr. 1906. Nr. 24.

Abrami, **Meningite tuberculeuse a forme somnolente de la premiere enfance.**

In 22 Monaten beobachtete der Verf. 29 Fälle von Meningitis bei Säuglingen. Die Diagnose wurde durch cytodiagnostische Untersuchungen, Meerschweinimpfung und pathologisch-anatomische Untersuchungen gesichert. Von diesen 29 Fällen zeigten nur 4 das gewöhnliche Bild der mit Krämpfen oder Lähmungen einhergehenden Meningitis. In den 25 übrigen Fällen zeigte sich vor allem fortschreitende Somnolenz, Starre der Augen, unregelmässiger, hinfälliger Puls, Schwankungen der Temperatur und fortschreitende Abmagerung. In der Cerebrospinal-Flüssigkeit wurde 7 mal direkt der Tuberkelbazillus gefunden. — Soc. med. des Hôpitaux. 15. I. 1906.

Fritz Junker, **Ueber die klinische Bedeutung der Ehrlich'schen Diazoreaktion bei Lungentuberkulose.**

Auf Grund von 200 Harnuntersuchungen und unter nochmaliger Zusam-

menstellung und Präzision bereits feststehender Ergebnisse ergänzt Verf. die Kenntnis von der Diazoreaktion mannigfach. Die Fehlerquellen, die durch Verabreichung von Morphin, Kreosot, Guajakol und Salizylpräparaten verursacht werden, haben sich bei Verordnung dieser Mittel per os an Gesunden und Phthisikern, die vorher die Reaktion nicht zeigten, als unwesentlich erwiesen. J. fand die Reaktion, deren ursächliches Moment jedenfalls nicht das Fieber ist, vorübergehend (bis zu 12 Tagen) auch bei günstigen Fällen von Phthise, teils ohne nachweisbaren Grund, teils öfters bei bestehender Influenza oder Darmstörungen, weshalb einzelne Untersuchungen wertlos sind. Phthisiker des 2. und 3. Stadiums mit dauernd positiver Diazoreaktion wurden durch Tuberkulin anscheinend weniger günstig beeinflusst, als gleichartige Patienten ohne die Reaktion. Bei Unterlappenbronchopneumonien von Kindern wies frühzeitiges intensives und konstantes Auftreten der Reaktion bis zu einem gewissen Grade auf tuberkulöse Komplikation hin. Auf der Höhe einer positiven Tuberkulinreaktion sah Verf. nie Diazoreaktion. — Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose v. Brauer. Bd. V. Hft. 1. 1906. p. 1—16.

Landolfi, **Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par la recherche des points de submatité des sommets.**

Angabe über den Wert und die beste Art der Ausführung der Perkussion zur Erkennung der beginnenden Lungenspitzen-Tuberkulose. Nichts wesentlich Neues. — Semaine Médicale 1906. Nr. 11.

B. Panzer, **Demonstration eines Falles von Tuberkulose der Nasenschleimhaut.**

Der 13jährige Patient weist folgenden Befund auf: ödematöse Schwellung der Haut an den Nasenflügeln und der Nasenspitze. Nasengerüst ist intakt. Am Septum rechts ein kreuzergrosses Infiltrat, an der Oberfläche ulzeriert, am Rande des Geschwürs kleine gelbliche Knötchen. Unter dem rechten Unterkieferwinkel eine haselnussgrosse Drüse. Bei dem vollständig normalen Befund der übrigen Organe Annahme eines primär tuberkulösen Geschwüres, wahrscheinlich entstanden durch Kratzen mit dem Finger.

(Zu diesem Falle berichtet Escherich später, dass das Geschwür durch Tuberkulininjektionen in auffallender Weise günstig beeinflusst wurde.) — Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. 1906. Nr. 3.

Penzoldt, **Einiges zur Frage der Tuberkulosebehandlung in Volksheilstätten.**

Ganz abgesehen von dem idealen Erfolg der Heilstätten, bestehend in der hygienischen Schulung der Kranken, ist auch ihr wirtschaftlicher Erfolg statistisch sichergestellt. Trotzdem sind Verbesserungen des derzeitigen Systems immer erwünscht; dazu gehört vor allem die geeignete Auswahl der Kranken, die nur durch eine längere genaue klinische Beobachtung garantiert werden kann. Erforderlich ist, dass derartige beobachtende Krankenhäuser mit den entsprechenden Einrichtungen, besonders Freiluftträumen, versehen sind. Die Heilstätten sollten mehr als bisher genügende Einrichtungen für die Freiluftkuren haben, das Mass der körperlichen Bewegung der Kranken in den Heilstätten mehr beachtet und die Dauer der Behandlung möglichst verlängert werden. Das Verhalten der Kranken nach der Heilstättenbehandlung wird am besten beaufsichtigt durch regelmässige (eventuell erzwungene) Nachbesichtigung. — Münch. med. Wochenschr. 1906. Nr. 17. S. 813.

Tecklenbor, **Tuberkulose und Schwangerschaft.**

Die Verarbeitung von 61 einschlägigen Fällen der Giessener Klinik erbringt abermals den Beweis dafür, dass einmal die Tuberkulose einen störenden Einfluss auf die Schwangerschaft ausübt — in 11,6% trat spontane vorzeitige Unterbrechung ein — und dass

weiterhin vor allem die Tuberkulose durch die Schwangerschaft ausserordentlich ungünstig beeinflusst wird. Entsprechend auch anderen Beobachtungen gestalteten sich diejenigen Fälle, in denen die Verschlimmerung erst im Wochenbett eintrat, weitaus am ungünstigsten; in 33% der betr. Fälle entwickelte sich Miliartuberkulose mit raschem Exitus.

Die Fälle mit Larynxtuberkulose zeigten, wohl Zufall infolge der kleinen Zahl (5), nicht in dem von anderen Autoren speziell betonten Masse Verschlimmerung.

Therapeutisch wurde in 13% (8) der künstliche Abort, in 11,5% (7) die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Der Erfolg gestaltete sich analog anderweitigen Erfahrungen zweifellos zugunsten des Abortes, dessen Einleitung in allen Fällen mit schwereren Symptomen unbedingt gerechtfertigt erscheint.

Die künstliche Frühgeburt, ungünstiger als der Abort, ist noch immer sowohl für Kind als für die Mutter gegenüber der spontanen Frühgeburt und selbst der normalen Geburt das aussichtsvollere. — Dissert. Giessen 1906.

Brauer, **Der therapeutische Pneumothorax.**

Die viermal in Mengen von 1600, 1800, 1000 und 1700 ccm vorgenommene Einblasung von Stickstoffgas wurde von der Patientin gut vertragen, ohne stärkere Veränderungen von Puls und Atmung. Die durch Röntgenaufnahme jedesmal kontrollierte Kompression der linken erkrankten Lunge war stets gefolgt von einer länger dauernden Entfieberung, Zunahme des Gewichtes sowie Verminderung des Sputums und beträchtlicher Hebung des Allgemeinbefindens; der endgültige therapeutische Effekt ist bei der Kürze der Beobachtungszeit noch nicht genau zu definieren.

Bezüglich der Technik empfiehlt Br. neben genauestem Aussuchen der geeigneten von Pleuraverwachsungen freien Einstichstelle für die erste Einblasung Schnitt und Vorpräparierung bis nahe an die Pleura, dann Durchstossung mittels scharfen mit stumpfem Mandrin armierten Troikarts. Für die spätere Wiederholung kann der gewöhnliche Troikart benutzt werden.

Die Art der therapeutischen Wirkung ist in ihren letzten Ursachen noch nicht geklärt und sie birgt sicherlich nicht nur praktisch therapeutische, sondern auch interessante theoretische Probleme.

Entspannung und zugleich Ruhigstellung der erkrankten Lunge und wohl auch Hyperämie im Bier'schen Sinne dürften die am meisten in Betracht kommenden Faktoren sein. — D. med. Wochenschrift. Nr. 17. 1906.

A. Schmidt, **Zur Behandlung der Lungenphthise mit künstlichem Pneumothorax.**

Sch. benutzt zur Herbeiführung des zuerst von Murphy zwecks Kompression und Ruhigstellung der tuberkulösen Lunge empfohlenen künstlichen Pneumothorax einen stumpfen Troikart, der durch eine sehr kurze scharfe Geleitnadel, mit der er zunächst den Zwischenrippenraum durchbohrt, hindurchgeführt wird und glaubt, dass dieses Verfahren dem von Brauer empfohlenen Schnitt zur Freilegung der dann auch stumpf zu durchbohrenden Pleura vorzuziehen ist. Sch. führt zwecks Kompression der unteren Lungenabschnitte Oel oder Kochsalzlösung, zur Beeinflussung der oberen Lungenpartien chemisch reinen Stickstoff oder sterile Luft ein. — D. med. Wochenschr. 1906, Nr. 13.

Seidel, **Ein Apparat zur Nachbehandlung des offenen Pneumothorax.**

Beschreibung eines Apparates, bestehend in einem luftdicht durch Binden und Heftpflasterstreifen an die Thoraxwand anzulegenden ovalen Kasten, dessen Deckel durch Schrauben angezogen und in dem dann durch ein Hahnsystem mittelst einer Wasserstrahlpumpe eine Luftverdünnung erzeugt und damit die Wiederentfaltung der Lunge bewirkt wird, bis sich Verwachsungen der Pleurablätter gebildet haben. Durch einen weiteren Hahn wird eine Entleerung der Sekretion er-

möglicht. Genaueres des allem Anschein nach recht brauchbaren Apparatee ist im Original nachzulesen. — D. med. Wochenschr. 1906, Nr. 8.

Braun, **Zur Behandlung des Pleuraempyems.**

Auf Grund eigener Erfahrungen die gesamte Therapie des Empyems knapp skizzierend und kritisierend betont B., dass man bei Empyem Tuberkulöser stets scharf unterscheiden muss zwischen pyogenem Empyem bei Tuberkulösen und solchen Empyemen, die durch die Lungentuberkulose veranlasst werden. — Während die ersten nach den für alle übrigen Empyeme geltenden Regeln zu behandeln sind, bedürfen die letzteren besonders strenger Individualisierung. Inzision ist nur bei gutem Allgemeinzustand und rasche Entwickelung des Empyems indiziert, bei schlechtem Allgemeinbefinden, hektischem Fieber etc. soll man sich auf wiederholte Punktion beschränken, eventuell im 7. oder 8. Interkostalraum hinten den Eiter entleeren und ca. 15 bis 20 ccm einer 10%igen Jodoform-Glyzerinlösung einspritzen und diese Einspritzung, sobald das Jod aus dem Urin wieder verschwindet, wiederholen. — Deutsche med. Wochenschr. 1906, Nr. 14.

L. Polyak (Budapest), **Ueber die Anwendung der Hyperämie als Heilmittel nach Bier bei Erkrankungen der oberen Luftwege.**

Von besonders günstigem Einfluss scheint die Stauung bei Kehlkopftuberkulose zu sein, da die Schluckschmerzen bedeutend gebessert wurden. — Arch. f. Laryngol. 1906, Bd. XVIII. Heft 2.

Henrici (Aachen), **Indikationen zur kurativen Tracheotomie bei der Kehlkopftuberkulose.**

Im Arch. für Laryngol. 15. Bd. hat Henrici bereits über 3 Fälle von Kehlkopftuberkulose berichtet, bei denen die Tracheotomie von ausgezeichneter Wirkung war; diesen Fällen, über deren Verlauf weitere Mitteilungen gegeben werden, reiht H. einen vierten an. Aus seinen Beobachtungen leitet er folgende Indikationen ab: 1. kindliches Alter der Patienten; 2. Fehlen oder unbedeutende Veränderungen auf den Lungen; 3. relative Gutartigkeit der Kehlkopftuberkulose (Infiltrationen und Granulationen, kein Zerfall). — Arch. f. Laryngol. 1906, Bd. XVIII. Heft 2.

G. Schröder, **Streitfragen in der Lehre vom Fieber der chronischen Lungentuberkulose.**

Unter Stellungnahme zur neuesten Literatur und gleichzeitiger Rekapitulation schon früher mitgeteilter Ansichten gibt Verf. Gideonsen recht, das Hauptgewicht auf die Tagesschwankung der Temperatur, nicht auf Minimum oder Maximum allein zu legen. Dass freilich die Verkleinerung der Amplitude, wie es häufig der Fall ist, unter Ansteigen der Minima (bei normalem Maximum) sich vollzieht, hält er entgegen G. nicht für normal. Als neuen Leitsatz empfiehlt Sch., bei einem Lungenkranken die Bewegung dann zu beschränken oder sogar zu verbieten, wenn die Temperatur nach angemessener Bewegung länger als ½ Stunde 37,5 im After übersteigt. Im übrigen hält Verf. daran fest, dass Fiebernde die Reste ihres chronischen Fiebers unter bestimmten günstigen, bereits mehrfach mitgeteilten Bedingungen zweckmässigerweise bei vorsichtigem Gebrauch der Luftliegekur verlieren können; auch bestreitet er, zum Teil unter Hinweis auf verschiedenartiges Krankenmaterial, eine die deutschen Anstalten übertreffende Entfieberungspotenz des Hochgebirges. — Beitr. z. klin. d. Tub. Bd. V. Heft 1, p. 73—81.

Alois Kühnel, **Zur medikamentösen Behandlung des Fiebers bei Lungentuberkulose.**

Vergleichende Versuche mit den üblichen Antifebrilen. Speziell das Maretin wird als sehr günstig wirksam beschrieben, während es keine üble Nebenwirkung haben soll. Der nach längerem Gebrauche auftretenden gelben Verfärbung der Haut legt Verf. keine

Bedeutung bei. — Wiener klin. Wochenschr. 1906. Nr. 2.

Karl Friedrich Schneider, **Zur Behandlung der Tuberkulose mit Geosot (Guajacolum valerianicum).**

Das Geosot vereinigt eine bei katarrhalischen und atonischen Zuständen des Magens und Darms günstige stomachische Wirkung mit der Fähigkeit, ähnlich wie Tuberkulin und Hetol gewisse reaktive Vorgänge im tuberkulösen Gewebe auszulösen, indem es entweder unzersetzt, zum Teil antiseptisch, wirkt oder sich im Darm und im Körper in Guajakol und Baldriansäure spaltet unter Ausübung eines möglichst dauernden Effektes. Eventuell wirkt die Valeriankomponente noch als Stimulans. Bei innerer oder subkutaner Anwendung (0,5—1,0 Geosot wöchentlich einmal) tritt zunächst erhöhte Expektoration, ein „Reinigungsprozess" ein, bei gleichzeitiger trophischer Anreizung der Gewebszellen, bei chirurgischer Anwendung zeigt sich unter vermehrter Suppuration eine scharfe Demarkation zwischen gesundem und krankem Gewebe. Noch nicht verkästes Gewebe bildet sich eventuell zurück. Innerlich gibt man 3 mal täglich 0,5—1,0 nach den Hauptmahlzeiten, die subkutane Einwirkung ist intensiver ohne Zerstörung der roten, doch mit Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Bis auf leicht gestörtes Allgemeinbefinden am Injektionstage und eventuellen Gewichtsstillstand werden alle phthisischen Symptome günstig beeinflusst; Neigung zu Blutungen gestattet immerhin noch eine vorsichtige Anwendung des Geosots. — Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose v. Brauer, 1906. Bd. V. Heft 1, p. 17 bis 42.

Paul Kohn-Mannheim, **Ueber Behandlung mit Hetol bei Keratitis parenchymatosa.**

Das von Pflüger 1901 und Darier 1903 in die Augenheilkunde eingeführte Hetol wurde in zwei Fällen von K. p., deren tuberkulöse Grundlage erwiesen war, mit günstigem Erfolg eingeträufelt. — Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 25.

Ernst Levin, **Behandlung der Tuberkulose mit dem Antituberkuloseserum Marmorek.**

Laboratoriumsversuche an Meerschweinchen zeigen keine vollkommene Vakzination gegen die Tuberkulose oder Heilung. Die Vorbehandlung oder Nachbehandlung halten aber einige Zeit lang die Ausbreitung der Tuberkulose auf. Am Menschen wurde das Serum in 156 Fällen angewandt, davon 128 mit Lungentuberkulose. Eine Gruppe bekam 17 oder mehr Einspritzungen, eine andere weniger als 17. Bei der ersten Gruppe wurden objektive und subjektive Symptome sehr günstig beeinflusst. Auch bei der zweiten Gruppe sind die Resultate günstig. In der Behandlung von 26 Kranken mit chirurgischer Tuberkulose ist die Wirkung des Serums weniger augenscheinlich, doch sind auch hier Besserungen zu konstatieren. — Berl. klin. Wochenschr. 1906, Nr. 4.

A. Hoffa, **Das Antituberkuloseserum Marmorek.**

Anwendung in ca. 40 Fällen. Schweren Zerstörungen wird kein Stillstand geboten. In vielen Fällen guter Einfluss des Serums. Lokal-Reaktion wird vermieden durch Einführung des Serums als rektales Klysma. — Berl. klin. Wochenschr. 1906, Nr. 8.

E. Stadelmann und Arnold Benfey, **Erfahrungen über die Behandlung der Lungentuberkulose mit Marmoreks Serum.**

Das Serum wird in 5 Fällen angewandt. Nach der Einspritzung Temperaturerhöhungen von ungleicher Dauer. Unangenehme Nebensymptome. In keinem Falle hat sich das subjektive Befinden und der objektive Befund gebessert. Deshalb Abbrechen der Versuche. — Berl. klin. Wochenschr. 1906, Nr. 4.

Krüger, **Die Anwendung des Tuberkulin neu bei der Behandlung von Lungenschwindsucht.**

Verf. hat so gute Erfahrungen mit dem Koch'schen Neutuberkulin gemacht (26 Fälle), dass er sich zu der Schlussfolgerung berechtigt glaubt, dass in vielen Fällen die Heilstättenbehandlung dadurch ersetzt werden kann. — Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 26, p. 1257.

Rennert, **Tonsillartuberkulose, ein weiterer Beitrag zur Behandlung mit Neutuberkulin.**

Fall von Tonsillartuberkulose bei sehr geringem Lungenbefund, wo die Diagnose durch den Nachweis von Bazillen in abgeschabtem Wundsekret gestellt wurde. Aetiologisch glaubt R. lymphogene Infektion der Tonsille annehmen zu sollen, d. h. also retrograd von der Lunge resp. den Drüsen aus. Heilung unter Neutuberkulineinspritzungen. — D. med. Wochenschr. 1906, Nr. 3.

A. Calmette et Guérin, **Sur la vaccination contre la tuberculose par les voies naturelles.**

Verf. haben junge Tiere durch Verfütterung (Sonden-Einverleibung von menschlichen Tuberkelbazillen und Doppelimpfung in einem Zwischenraum von 45 Tagen) immunisieren können gegen eine Fütterung mit frischer Rindertuberkulosekultur. Das Kontrolltier reagierte 32 Tage nach der Infektion, die Impflinge zeigten keine Reaktion. Auch mit abgetöteter Rindertuberkulosekultur (5 Minuten auf 70° erhitzt) gelang die Immunisierung. Die erzeugte Immunität dauert mindestens 4 Monate. Verff. denken an die Möglichkeit, auch Kinder nach der Geburt auf diese Weise mit erhitzten Tuberkelbazillen schutzzuimpfen.

In der Diskussion erklärt Roux, dass er und Vallé diese Versuchsergebnisse nur bestätigen können. — Acad. des scienc. 11. VI. 06.

S. Arloing, **Production experimentale de variétés transmissibles du bacille de la tuberculose et de vaccins antituberculeux.**

Verf. hat neue Abschwächungsversuche von Tuberkelbazillen gemacht, indem er sie bei 43—44° wachsen liess und hat auf diese Weise eine Varietät mit stark verminderter Virulenz hergestellt. Er benutzt diese abgeschwächten Stämme zur Rinderimmunisierung. — Acad. des scienc. 18. VI. 06.

C. Krämer, **Studie über die Heilung und Ausrottung der Tuberkulose.**

An der Hand zweier Leitfälle sucht Verf. zu beweisen, dass eine klimatisch-hygienisch-diätetische Kur unter den idealsten Bedingungen, ob im Hochgebirge oder in anderen Klimaten, nur bei gleichzeitiger Tuberkulinbehandlung eine völlige anatomische Heilung gewährleisten kann. Der Beweis für diese Heilung d. h. das Freisein des Körpers von Tuberkulose kann nur durch den negativen Ausfall der Tuberkulinnachprüfung erbracht werden. Anhänger der kongenitalen Uebertragung, betont Verf. die Notwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose der noch latenten, geschlossenen Tuberkulose, deren sichere Erkennung in der Tuberkulinprobe gegeben ist, und diese soll man bei keinem hinreichend verdächtigen Individuum unterlassen. Die Behandlung soll möglichst schon in der frühesten Jugendzeit einsetzen, und als radikalstes Hilfsmittel in der Tuberkulose-Therapie fordert K. die Errichtung von Kinderheilstätten. Die Eheschliessung tuberkulöser Personen ist aus den weitgehendsten Gründen zu verwerfen. — Württemb. med. Correspondenzblatt 1906, Nr. 5—8.

Sitzungsberichte

Sitzung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York

Montag, den 4. Juni 1906.

Präsident Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Sitzung gegen 9 Uhr.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der Sitzung vom 2. April, welches genehmigt wird.

Von Verlesung der Protokolle der beiden Spezialversammlungen beschliesst die Versammlung Abstand zu nehmen.

Dr. W. Freudenthal: Ich habe mich zwar schon seit längerer Zeit mit dem auf dem Programm angekündigten Thema beschäftigt, konnte es aber in der kurzen mir zu Gebote stehenden Zeit nicht vollenden und glaube daher berechtigt zu sein, über ein anderes, ähnliches Thema, das für eine amerikanische Gesellschaft angekündigt ist, schon heute hier sprechen zu dürfen, nämlich

Ueber die klimatische Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege.

Diskussion. Dr. J. W. Gleitsmann: Ich bin sehr enttäuscht, dass Dr. Freudenthal über ein anderes Thema gesprochen als angekündigt war. Ich hatte mich auf den angekündigten Vortrag sehr gefreut, weil das Thema über die Eingangspforten der Tuberkelbazillen noch nicht erledigt ist, von verschiedenen Seiten darüber Untersuchungen gemacht werden und die Ansichten von berufenen Forschern nicht gleichlautend sind. Da ich auf den Vortrag rechnete, so habe ich auch einige Zeichnungen mitgebracht, die das Thema sehr anschaulich darstellen und die ich mit Erlaubnis des Präsidenten später vorzeigen möchte.

Zu dem Vortrag von Dr. Freudenthal möchte ich zunächst bemerken, dass eine klimatische Behandlung der oberen Luftwege nicht gut von der klimatischen Behandlung der Tuberkulose der Lungen zu trennen ist. Es sind ja Fälle bekannt, wo anscheinend die Erkrankung fast ausschliesslich auf den Larynx beschränkt ist, aber im grossen und ganzen sind doch die Fälle, wo der Larynx unser Hauptaugenmerk in therapeutischer Beziehung in Anspruch nimmt, sehr selten, und wir müssen uns zugleich mit den Lungen beschäftigen.

Die einzelnen Faktoren, die Dr. Freudenthal für die Therapie aufgestellt hat, sind wissenschaftlich begründet. Wenn wir aber von Klima sprechen, dürfen wir nicht vergessen, dass Klima ein Generalname für ein Konglomerat von verschiedenen Faktoren ist, und wenn wir dasselbe richtig beurteilen wollen, müssen wir uns vor allem vergegenwärtigen, welches die Faktoren sind, die das Klima zusammensetzen. Wir können Orte von relativer Feuchtigkeit haben, die vollständig niederdrückend ist, und andere mit derselben relativen Feuchtigkeit, die gar nicht oder wenig empfunden wird, was von der jeweiligen Temperatur der Luft abhängt.

Bei der Beurteilung des Klimas kommt zunächst die Temperatur in Betracht, nicht die durchschnittliche Jahrestemperatur, auch nicht die der vier Jahreszeiten, sondern die täglichen Schwankungen. Klimata, die sonst ganz vorzüglich sind, sind infolge dieser exzessiven Schwankungen für eine gewisse Klasse von Patienten absolut unbrauchbar. Es ist bekannt, dass schwächliche Kranke rasche, plötzliche Temperaturschwankungen, wie z. B. in Colorado, wo die Temperatur oft um 30° in 24 Stunden wechselt, nicht gut vertragen, wenn auch selbst die wirkliche Temperatur nicht so niedrig ist, dass sie sich dadurch erkälten.

Ein weiterer, und nach meiner Erfahrung noch wichtigerer Faktor, besonders für Patienten, die nicht gerade an Tuberkulose, sondern einer anderen Erkrankung der Atmungsorgane leiden, sind die Winde, vor denen sie sich schützen müssen. Es ist nicht die kalte Luft, sondern der Wind, der starke Luftströme, die noch dazu mit allen möglichen Staubteilen verbunden sind, in die Atmungsorgane hin-

einführt, denn Wind, besonders in der Stadt, bringt immer Staub mit. Sie wissen, dass auch jetzt noch Patienten mit Tuberkulose nach Minnesota in ein so kaltes, nordwestliches Klima hinaufgeschickt werden, weil dort im Winter absolute Windstille herrscht.

Dann kommen die Niederschläge in Betracht, wozu Regen, Nebel, Schnee zu rechnen sind. Nach den Berichten des Civil Service Bureau haben Städte mit hohen Niederschlägen eine grössere Mortalitätsziffer an Tuberkulose, als diejenigen, die wenig Niederschläge haben, wie ich dies schon im Jahre 1875 in meiner Arbeit: Statistics of Mortality from Pulmonary Phthisis in the United States and Europe, nachgewiesen habe.

Die Bemerkungen von Dr. Freudenthal in Bezug auf den unbeschränkten Genuss der freien Luft möchte ich in jeder Beziehung unterschreiben. Ob aber sein Ideal, dass die Patienten ohne Bekleidung Luftbäder nehmen, an irgend einer Anstalt zustande gekommen ist oder zustande kommen wird, weiss ich nicht. Natürlich in Orten, in denen die Patienten sich selbst überlassen bleiben und nur hie und da zum Arzte gehen, kann von klimatischer Behandlung keine Rede sein, aber in geordneten Sanatorien, wo die Patienten auf den Rat der Aerzte hören, wie in Saranac Lake, finden Sie keine Bazillen auf der Strasse, wie das in manchen Plätzen vorkommen soll. In Saranac Lake expektorieren die Patienten nicht auf die Strasse; Sie können sie nicht dazu bewegen, von allen möglichen Quaksalbern Medizin zu nehmen; sie sind in der Regel in den Händen von verständigen Aerzten, Phthisiotherapeuten. Die Patienten leben in freier Luft und sehr viel, was ich noch erwähnen möchte, in Zelten. Wie Sie aus der Publikation vom Kollegen Knopf sehen, gibt es jetzt eine ganze Masse Zelte, die sehr brauchbar und gar nicht so sehr teuer sind.

Der Heliotherapie möchte ich recht sehr wünschen, dass sie noch grössere Fortschritte mache, denn es ist mir noch kein Fall von Larynxtuberkulose bekannt, der durch die verschiedenen Arten der Radiotherapie geheilt worden ist. Vielleicht werde ich darüber aber eines Besseren belehrt.

Die Höhentherapie ist für mich immer ein höchst interessantes Thema gewesen, denn sie war mein „hobby horse", wenn ich mich so ausdrücken darf. Ich habe vor Jahren mich sehr eingehend mit dem Gegenstand beschäftigt, Untersuchungen und Reisen gemacht und habe die Höhentherapie verehrt und fest an sie geglaubt. In dem Hirsch'schen Handbuch, das schon ziemlich alt, aber immer noch eine Quelle vielen Wissens und vieler wertvollen Daten ist, sind alle die Plätze angegeben, von denen man damals, vor etwa 35 Jahren, glaubte, dass keine Tuberkulose daselbst vorkomme. Es sind aber auch die Kirgisensteppen erwähnt, die etwas tiefer als das Meer liegen. Das wurde damals so erklärt, dass die Kirgisen reichlich Kumys trinken. Die neue Zeit hat mit manchem alten Vorurteil aufgeräumt. Es ist nicht zu leugnen, was Dr. Freudenthal geäussert hat, dass Plätze, die eine gewisse Höhe haben, besser für Tuberkulose sind, als ganz niedrig gelegene — ich spreche natürlich nicht von der Behandlung an der Seeküste. Und das hat verschiedene Gründe. Erstens ist die Luft reiner, zweitens haben solche Plätze etwas mehr Ozongehalt und drittens ist der Luftdruck etwas geringer. Zu Brehmer's Zeiten und zu der seiner Nachfolger hatte man die Höhentherapie nicht unter 5000 Fuss damit begründet, dass der Druck der Luft weniger stark auf dem Körper lastet, dass aber, da das Sauerstoffbedürfnis des Körpers mit der Höhe oder Tiefe sich nicht ändert, der Patient seine Lungen mehr ausdehnt — das Prinzip war, die Lungen mehr zu entwickeln — und das kranke Herz zu besserer Tätigkeit anzuregen. Diese grossen Höhen sind jetzt weniger notwendig befunden worden, und das Hauptgewicht wird auf vielen Gebrauch von reiner Luft gelegt. Sie finden, dass die besten Sanatorien in Deutschland und England nicht höher als 2—3000 Fuss liegen. Ich spreche nicht von den Sanatorien in Mexico, aber auch in Kalifornien liegen sie nicht über 3000 Fuss. Wenn Sie nun die

wirklich hohen klimatischen Kurorte in der Schweiz in Erwägung ziehen, z. B. Davos, Aroso und ähnliche, so kommt der Punkt in Betracht, den ich gleich zu Anfang meiner Bemerkungen berührt habe, der Unterschied der Feuchtigkeit. Ich habe seiner Zeit, als ich für Asheville in North Carolina arbeitete, auf diesen Punkt aufmerksam gemacht. Es handelt sich um relative und absolute Feuchtigkeit. Cannes in Süd-Frankreich an der Riviera hat z. B. dieselbe relative Feuchtigkeit wie Davos in der Schweiz, das über 5000 Fuss hoch liegt. Aber die absolute Feuchtigkeit, der wirkliche Gehalt der Feuchtigkeit in einem gewissen Quantum Luft war in Cannes 5—6 mal so gross wie in Davos. Und ich fand auch in Asheville etwas weniger absolute Feuchtigkeit als in Aiken, S. C., das mir damals Konkurrenz machte. Colorado hat z. B. ein Klima, wo absolute und relative Feuchtigkeit gleich niedrig sind.

Das bringt uns auf die Frage: wie ist eigentlich das Meeresklima beschaffen? Die Leute glauben manchmal, dass das Meeresklima feucht sein müsse, weil so viel Wasser da ist. Das ist aber nicht der Fall. Davon kann sich jeder überzeugen, der nach Europa reist und auf den Hygrometer sieht. Und insofern ist die Seeküste berechtigt, auch bei der Behandlung der Tuberkulose berücksichtigt zu werden. Eines der berühmtesten englischen Sanatorien liegt nahe der See, und auch hier sind einzelne Sanatorien am Meere gelegtn. Man hat ja sogar einmal den Vorschlag gemacht, ein Segelschiff mit allem möglichen Komfort einzurichten, und da sollten die Tuberkulösen auf dem Segelschiff nach Australien und um die Welt herum segeln, dann kämen sie gesund wieder an. Die Sache ist nicht verwirklicht worden, und es würden sich wohl auch nur wenige Leute finden, die sich entschliessen könnten, ein Jahr oder längere Zeit auf einem Segelschiff zuzubringen.

Die wichtigste Frage für den Arzt ist die: welcher Platz ist für den Patienten der beste? Wenn man glaubt, dass ein Höhenklima von 4—5000 Fuss das beste für den betreffenden Patienten ist, und der Patient wird dort nicht besser, so muss man ihn, und darin hat Dr. Freudenthal recht, zurückkommen lassen und in ein anderes Klima schicken. Wenn der Patient verständig ist und den Arzt informiert und sich anderswo hinschicken lässt, so ist das leicht. Aber es gibt Leute, die in dieser Beziehung wenig verständig sind.

Ich möchte nur noch hinzufügen, dass wir je weiter die Untersuchungen fortschreiten, die von allen Seiten, von Koch, Behring u. a. gemacht werden, nicht mehr so sehr vom Klima abhängig sind, wie früher. Wir können, auch ohne den Patienten die Arbeit wegzunehmen, ohne verheiratete Frauen von ihren Familien zu trennen und fortzuschicken, mit der sogenannten spezifischen Behandlung auch recht gute Resultate erzielen. Ich habe eine ganze Anzahl solcher Fälle mit Bazillen im Sputum hier in der Stadt behandelt und geheilt, und darunter auch minder bemittelte, die nicht einen Tag ihre Arbeit aufgegeben haben. Ich erwähne das nicht, um dem Vortrag an Bedeutung zu nehmen, sondern nur aus folgedem Grunde: Wir behandeln ja nicht nur reiche Patienten, die wir wegschicken können, und es ist eine grosse Verantwortung für jeden Arzt, wenn er den Ernährer der Familie um den Verdienst bringt, indem er ihn auf ein halbes Jahr wegschickt. Deshalb erwähne ich wiederholt, es gibt eine grosse Anzahl Fälle, die Sie auf diese Weise hier in der Stadt heilen können oder denen Sie wenigstens ebenso gut tun können, wie wenn Sie dieselben sozusagen ins Exil schicken.

Dr. W. Freudenthal (Schlusswort): Ich freue mich, dass Dr. Gleitsmann im allgemeinen mit mir übereinstimmt, umsomehr als er, wie wir wissen, grosse Erfahrung auf diesem Gebiete hat. Wenn auch im allgemeinen die Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege gut von der der Lungen getrennt werden kann, so möchte ich doch hervorheben, dass eine ganze Anzahl von Larynxfällen ein anderes Klima nötig hat als die reinen Lungenfälle. Nehmen Sie sehr

bekannte Orte in Sullivan County, wie Monticello und Liberty; da haben Sie zu gewissen Jahreszeiten einen Wind, der 40—60 Meilen in der Stunde weht und der für Larynxphthisiker ausserordentlich schlecht und unzuträglich ist.

Dr. Gleitsmann hat viel von der relativen Feuchtigkeit gesprochen; wenn wir aber die relative Feuchtigkeit haben und kennen die Temperatur, so können wir ja die absolute Feuchtigkeit sehr leicht danach berechnen. Schwankungen der Temperatur von 30 bis 40° an einem Tage sind gewiss nicht zuträglich, ebensowenig wie sehr starke Winde. Aber ich möchte auch hervorheben, dass ich einen Ort nicht gern habe, wo fast Windstille herrscht oder nur wenig Wind ist. Ein gewisser Wind hat immer etwas Belebendes und Erfrischendes an sich.

Die Luftbäder werden in Deutschland schon seit langem gebraucht. Es war ein Oesterreicher, ein Pfuscher, der sie zuerst einführte, dann ein Dr. Lahmann auf dem weissen Hirsch bei Dresden; ich habe seine Anstalt gesehen, sie ist sehr schön eingerichtet. Dr. Lahmann war ein praktischer Arzt, der ganz gute Ideen hatte. Er liess die Leute auch im Winter nackt herumgehen, und sie empfanden die Kälte gar nicht oder nur wenig. Sie können das selbst versuchen: wenn Sie sich z. B. die Strümpfe ausziehen, werden die Füse kalt sein, aber Sie werden viel weniger frieren wenn Sie sich ganz entkleiden. Diese Luftbäder werden jetzt auch an anderen Orten in Deutschland vielfach gebraucht.

Was Saranac Lake betrifft, so muss ich sagen, dass die Aerzte dort gut und tüchtig sind, aber, was sehr ins Gewicht fällt, die Leute, die nicht wohlhabend sind, bekommen dort ein furchtbar schlechtes Essen in den Logierhäusern. Und da sind wir in der Klemme, wenn der Patient fragt, wo er hingehen soll. Die erste Frage ist, wo bekommt der Mann ein vernünftiges Essen, denn ohne das geht er auch bei der besten Luft zu Grunde; und die zweite ist, wo bekommt er ein Sanatorium oder einen Arzt, der seinen Larynx einigermassen behandeln kann. Diese Frage wird in Amerika noch lange offen sein, weil wir im Verhältnis zu der grossen Anzahl von Patienten, die wir haben, sehr wenig klimatische Kurorte besitzen, in denen alle diese Faktoren zusammentreffen.

Es ist richtig, dass die grosse Mehrzahl aller Tuberkulösen an Ort und Stelle behandelt werden müssen, aus dem einfachen Grunde, weil sie nicht die Mittel haben, um wegzugehen, und weil sie auch zu Haus behandelt werden können. Aber daneben gibt es eine grosse Menge anderer, die in einem anderen Klima, oft weit weg vom Heimatsort sich viel besser befinden und dort geheilt werden. Und ich muss es noch einmal sagen, dass viele Patienten, die ich gehabt habe, schlechter wurden, wenn sie aus dem Westen hierher zurück kamen. Das müssen wir verhüten. Wenn sich unsere Patienten wo anders besser befinden, schicken wir sie dorthin, wo es ihnen gut geht, und nicht, wo es augenblicklich gerade Mode ist!

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Es liegen noch einige Fragen vor. Zunächst die Empfehlung des Verwaltungsrats, den Antrag von Dr. Mannheimer auf Abänderung der Nebengesetze, so dass die Zeit der Diskussion für die einzelnen Herren anstatt 10 Minuten nur 5 Minuten betragen soll, anzunehmen.

Dr. J. W. Gleitsmann: Ich stelle den Antrag, den Vorschlag des Verwaltungsrats anzunehmen (unterstützt), natürlich mit dem stillschweigenden Einverständnis, wie das in allen Vereinen üblich ist, dass der Präsident, wenn er es für nötig findet, einem Redner mehr als 5 Minuten gewähren kann, ohne dass die Versammlung etwas einwendet, aber er hat das Recht, ihn zu unterbrechen, sobald die fünf Minuten vorüber sind.

Auf Befragen des Präsidenten beschliesst die Versammlung, den Vorschlag des Verwaltungsrats anzunehmen.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Zur Aufnahme in die Gesellschaft wurden Dr. David Kraker, Newark, N. J., vorgeschlagen.

Ferner habe ich mitzuteilen, dass an

den Präsidenten Ihrer Gesellschaft seitens der Vereinigten Deutschen Gesellschaften eine Einladung erging, einer Versammlung beizuwohnen, die darüber beraten solle, eine Gedächtnisfeier für Carl Schurz zu veranstalten. In dieser Versammlung wurden die Präsidenten der Vereine aufgefordert, anzugeben, welche Summe ihre Vereine für die Kosten der Feier beitragen könnten. Ich habe vorbehaltlich Ihrer Genehmigung $25.00 als Beitrag unserer Gesellschaft angegeben und sehe einem Antrag entgegen, dass diese Summe bewilligt werde. Auf Antrag wird die Summe demgemäss bewilligt.

Präsident Dr. J. A. Schmitt zeigt ferner noch an, dass ein Schreiben des Sekretärs des „Relief Committee" der Academy of Medicine vorliegt, in welchem uns für die ausserordentlich liberale Beisteuer von $500.00, die wir für die notleidenden Aerzte in San Francisco bewilligt haben, der wärmste Dank ausgesprochen wird.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
prot. Sekretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Spiroform* wird neuerdings von Hofman und Lueders sehr warm empfohlen, und zwar aus folgenden Gründen: 1. Spiroform ist wegen der darin vertretenen Salicylsäure, die sich im Darme abspaltet, ein sehr wirksames Antirheumaticum und Antisepticum für die Harnwege. 2. Durch Bildung von Essigsäure wird die kleine Menge Phenol, die sich abspaltet, vollkommen neutralisiert und ist daher nicht imstande, eine schädliche Wirkung (Nierenreizung etc.) zu entfalten. 3. Da die Salicylsäure erst im Darm abgespalten wird, belästigt Spiroform den Magen in keiner Weise und wird gut vertragen. 4. Spiroform bewirkt geringe oder keine Diaphorese und eignet sich daher sehr gut für ambulante Patienten. Hofman und Lueders halten den Gebrauch des Spiroforms ganz besonders für indiziert bei akutem Gelenkrheumatismus, Neuralgie, Influenza, Cystitis, Pyelitis sowie in allen Fällen, bei denen eine Desinfektion der Harnwege erwünscht ist. (Therapie der Gegenwart, Feb. 1906.)

Kleine Mitteilungen.

— Im Verlage der stets rührigen Verlagshandlung von A. Stuber in Würzburg erscheint von nun an ein *Internationales Centralblatt für die gesamte Tuberkulose-Literatur* unter Mitwirkung zahlreicher Fachgelehrten des In- und Auslandes, herausgegeben von Prof. Dr. Ludolph Brauer, Prof. Dr. Oskar de la Camp und Dr. G. Schröder. Das Blatt soll einen Ueberblick über die gesamte wissenschaftliche Leistung auf dem weiten Gebiete der Tuberkulose gewähren und dem forschenden Fachgelehrten bei seinen Literaturstudien ein Ratgeber werden. Dass für eine derartige Zeitschrift wirklich ein Bedürfnis vorlag, wird wohl niemand verkennen, dass das neue Centralblatt diesem Bedürfnis in der richtigen Weise abhelfen wird, zeigt die uns zugegangene Probenummer desselben. Wir glaubten das neue Unternehmen nicht besser empfehlen zu können, als dass wir aus der erwähnten Probenummer einen Teil des ungemein reichen Inhaltes zum Abdruck gebracht hbaen, damit unsere Leser sich selbst ein Urteil bilden können, was das *Internationale Centralblatt für die gesamte Tuberkulose-Literatur* bietet. Dasselbe erscheint in monatlichen Heften im Umfange von 16—20 Seiten. 12 Hefte bilden einen Band. Subskriptionspreis 8 Mark, für die Abonnenten der von Prof. Ludolph Brauer herausgegebenen „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose' gratis.

— *Trunksucht und Degeneration.* Auf der zu Leicester abgehaltenen 73. Jahresversammlung der *„British Medical Association"* hielt F. W. Mott, Chefarzt des Londoner Landschafts-Asyls und Abteilungsleiter am Charing Cross Krankenhause einen Vortrag über das Verhältnis der Vererbung zur Krankheit. Selbstverständlich besprach er auch den Einfluss der Trunksucht der Ascendenten auf die Nachkommenschaft. Seine Meinung darüber war folgende: „Es ist sicher, dass der Alkoholismus ein mächtiger Faktor für die geistige und körperliche Entartung der Nachkommenschaft ist, aber es gibt keine sicheren Merkmale dafür um zu entscheiden, ob der inhaerente Mangel an Selbstbeherrschung, das lasterhafte Temperament oder das gestörte psychische Gleichgewicht, das einen oder beide Eltern zur Trunkenheit führte oder ein durch das Gift herbeigeführter Defekt dasjenige ist, was auf die Nachkommen übertragen wird. Wahrscheinlich ist es ein vererbter psychischer Mangel, durch das Gift verstärkt und durch die Macht der Nachahmung bleibend gemacht. Trunksucht in mehreren Generationen derselben Familie ist gewöhnlich das Ergebnis mehrerer Ursachen und sie setzt sich fort, bis Rückkehr zur Norm durch Verbindung mit einem gesunden Stamme eintritt oder sie endet durch Entartung und Vernichtung des Stammes. Ich bin der festen Ueberzeugung, dass Alkohol für alle neuropathischen Stämme ein Gift ist. Der locus minoris resistentiae im Schwachsinnigen, Epileptischen, bedingungsweise Geisteskranken und Degenerierten ist das Nervensystem; eine Alkoholmenge, die ungenügend ist um einen Stamm mit festem Nervensystem zu schädigen wird in kurzer Zeit das Nervensystem des geistig Desequilbrierten. vergiften, wird ihn antisocial machen, indem es ihn in ein Kranken-, Arbeits-, Irren- oder Strafhaus liefert. Bei meiner ausgedehnten Erfahrung im Londoner Asyl, wohin 20 Prozent der Insassen durch den Trunk kommen, habe ich ein einziges Mal Lebercirrhose mit Ascites gesehen und das war bei einer notorischen Landstreicherin, die beinahe 400 mal abgestraft worden war, ehe sie als unfähig für sich selbst zu sorgen erklärt werden konnte. Hingegen hatte ich in meiner Spitalspraxis allein während der letzten sechs Monate mehrere Fälle alkoholischer Lebercirrhose mit Ascites infolge lange andauernden Schnapstrinkens, ohne geistige Symptome; und Haycraft erklärt, dass das Trinken als selektives Mittel angesehen werden könne, das fortwährend die Reihen derer lichtet, die von Natur aus schwach genug sind ihm nachzugeben während es die anderen mit gesunden Sinnen und kräftiger moralischer Konstitution unangetastet lässt".

Die deutschen Biologen und Racenhygieniker, vor Allem Ploetz und Rüdin, haben aber im Gegensatze zu der Ansicht Haykraft's nachgewiesen, dass diese selektorische Wirkung des Potatoriums tatsächlich nicht existiert, da seine ausmerzende Kraft viel zu langsam arbeitet und die Eliminierung des Individuums meist erst nach Ablauf seiner Zeugungsperiode erfolgt.

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, August 1906. No. 8.

Hyperalgetische Zonen nach Kopfschüssen*

Von Dr. Ernst C. Riebel.

Die systematische Beobachtung von Sensibilitätsstörungen im allgemeinen, die des Schmerzsinnes im besondern ist von grossen Schwierigkeiten begleitet, da vielfach einwandsfreie Objektivität absolut ausgeschlossen ist. Dies gilt hauptsächlich bei der Beobachtung des reflektierten Schmerzes. Ross war der erste, der 1888 etwas Ordnung in das Chaos zu bringen versuchte, indem er erklärte, dass der reflektierte Schmerz das Produkt eines Stimulus ist, der auf sympathischen Nervenbahnen zum Rückenmark geleitet und dann auf benachbarten peripherischen Nerven reflektiert wird. Ross arbeitete noch ausschliesslich mit den Angaben der Patienten. Es war Hers und McKenzie vorbehalten, das Vorhandensein der oberflächlichen Hautempfindlichkeit zu entdecken, die so häufig Visceralerkrankungen begleitet, und dieses Phänomen in den Kreis ihrer Beobachtungen einzuschliessen. Sie waren dadurch zum grossen Teile von den Angaben der Patienten unabhängig geworden.

Es ergab sich auf der Basis dieser viel exakteren Forschung, dass die Schmerzempfindung weder auf der Fortleitung entlang peripherer Nerven, noch auf der entlang der hinteren Nervenwurzeln beruht, sondern dass der Stimulus auf den sympathischen Bahnen zum Zentralorgan geleitet und entsprechend dem Rückenmarkssegmente, in welchem jene Sympathikusbahnen enden, peripher projiziert wird. Die genaue Bestimmung der Gebiete, welche den hinteren Wurzeln entsprechen, durch Sherington ermöglichte es Head, zu oben angegebenen Schlüssen zu kommen.

Es ist kaum nötig, hier auf die Einzelheiten einzugehen. Nur soviel sei bemerkt, dass die Grenzen der Gebiete, die von den hinteren Wurzeln versorgt werden, nicht so scharf und bestimmt sind, als die der Segmente. Die ersteren laufen vielfach ineinander über. Durch mühsame Beobachtungen an Kranken gelang es Head, die einzelnen Bezirke, die gewissen Organen entsprechen, zu bestimmen und ziemlich genau abzugrenzen. Gleichzeitig charakterisierte er diese oberflächlichen Schmerzen in folgender Weise:

1. Die Schmerzempfindung ist oberfläch-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Mediz. Gesellschaft von Chicago am 18. Januar 1906.

lich — kutan oder höchstens subkutan.

2. Die Schmerzbezirke stehen in direkter Beziehung zu dem erkrankten Organ und befinden sich in vielen Fällen sehr weit entfernt davon. Der durch Reizung hervorgerufene Schmerz wird *nicht* durch irgend eine Wirkung auf das Organ selbst hervorgerufen.

Heads Beobachtungen umfassen nur internes Material und hier meistens chronische Fälle. Chirurgische Fälle sind nicht in das Bereich der Beobachtungen gezogen.

Die reflektierten Schmerzen bei Gallenblasenleiden sowie Nierensteinen sind wohlbekannt und werden vielfach als pathognomonisch angesehen. Ob die Schmerzen im Knie bei Tuberkulose des Hüftgelenks wirklich der Reizung des N. obturatorius oder den reflektierten zuzuzählen sind, ist eine offene Frage. Den reflektierten Schmerzen bei Epityphlitis ist vielfach Beachtung geschenkt worden, ohne dass ihnen besonderer Wert beigemessen wurde. Die hier niedergelegten Beobachtungen zeigen jedenfalls, dass es von Wichtigkeit ist, den reflektierten Schmerzen von chirurgischer Seite mehr Aufmerksamkeit zu schenken. In erster Linie, um zu bestimmen, ob ihnen eine gewisse Lokalisationskonstanz beigemessen werden kann, und zweitens zur besseren Klärung der Lehre des reflektierten Schmerzes durch Herbeiziehen von Gebieten, auf denen bis jetzt nur wenige Beobachtunge in dieser Hinsicht gemacht worden sind. Einer der ersten, der die Head'schen Zonen auf chirurgischem Gebiete beobachtete, war Wilms. Er beschrieb auf dem 32sten Chirurgenkongress vier Fälle von Hyperalgesie nach Kopfschüssen. Er wies ohne Einwand nach, dass die hyperalgetischen Zonen, welche er nach diesen Kopfschüssen bemerkte, mit den von Head angegebenen Zonen identisch seien. Später fügte er diesen vier Fällen einen neuen hinzu. Unvollkommen beobachtete Fälle wurden von Brodnitz und Müller auf dem Kongress erwähnt. Milner beschrieb im Jahre 1904 einen Fall, in dem er die sogleich zu erwähnende Wilms Hypothese widerlegte. Bezüglich der Zonen stellte Wilms folgende Sätze auf:

1. Der Schmerz ist in allen Fällen eine Hyperalgesie. Temperatur und Berührungssinn sind normal. Folglich haben wir es mit einer Schmerzempfindung zentralen Ursprungs zu tun, welche bedeutend in Intensität ist, ohne jedoch der Verletzung eines peripheren Nerven zu folgen. Leise Berührung oder Druck des Verbandes erhöht die Schmerzen ganz bedeutend.
2. Der Schmerz war symmetrisch mit gleicher Intensität auf beiden Seiten. Verschwand zu gleicher Zeit auf beiden Seiten.
3. Die obere Grenze der Hyperalgesie entsprach regelmässig der Grenzlinie des sensorischen Trigeminusgebietes.
4. Die Schmerzzone entsprach dem Gebiete peripherer Nerven nicht.
5. Begleitende zentrale Störungen, Commotio etc., waren im Anfang nicht bedeutend. Ein Patient starb nach 12 Stunden; 3 genasen. Die Schmerzen verschwanden innerhalb 8—10 Tagen.

Im Falle 2 fand Wilms die Kugel im Körper des Keilbeins, etwas vor dem Ggl. Gasseri, unterhalb der Karotis und zwischen dem N. trochlearis und dem Augenast des Trigeminus. Dies veranlasste ihn, die Hypothese aufzustellen, dass die Hyperalgesie durch eine Verletzung des Plexus cavernosus des Sympathikus veranlasst sei. Der den sympathischen Fasern mitgeteilte Stimulus werde zentral fortgeleitet und im Zentralorgan infolge falscher Vorstellungen auf periphere Hautgebiete projiziert. In zwei von den Fällen sass die Kugel im Lobus frontalis. Hier nimmt er an, dass die Kugel einen abwärts gerichteten Lauf nahm (durch Senken des Revolvers), dann an den Keilbeinkörper anschlug und abprallte, um sich in den Lobus frontalis einzubahnen. Im allgemeinen be-

merkt er, dass die Lage der Kugel nicht mit dem Ende des Schusskanals identisch ist.

Die sensiblen Symptome im ersten der von Wilms beschriebenen Fälle waren folgende:

Leichter Schmerz auf der Stirne. Bedeutender Schmerz in beiden Ohren und unterhalb des unteren Randes des Unterkiefers. Berührung mit stumpfen Gegenständen und einem Pinsel verursachte brennende Schmerzen. Klagt über grosse Schmerzen an den Ohren und am Hals beim Verbandwechsel. Unterhalb der ausgesprochenen Schmerzzone ist die Haut etwas mehr empfindlich als am übrigen Körper. Dies Gebiet ist gut abgegrenzt. Berührungs- und Temperatursensibilität sind normal. Stereognostischer Sinn normal. Zentrale Störungen sind nicht vorhanden. Schluckschmerz. Dieser wird so gedeutet, dass das Bewegen der Haut über dem Knochen bei den Kaubewegungen den Schmerz verursacht. Der Schmerz dauerte drei Tage mit gleicher Heftigkeit. Nach einer Woche wurde er noch undeutlich empfunden und war nach 12 Tagen völlig verschwunden.

Mein eigener Fall zeigte folgenden Verlauf:

D. T., 32 Jahre. Farbiger. Aufnahme 16. November 1904. 7:30 abends. Hatte Streit gehabt und wurde mit einem 38 Kal. Revolver auf 2 Fuss Distanz angeschossen. Hörte zwei Schüsse und fühlte zwei Kugeln aufschlagen.

Geisteszustand: Behauptet, nicht bewusstlos gewesen zu sein, war teilweise bewusstlos bei der Aufnahme, hatte sich jedoch bei meiner Ankunft ungefähr eine halbe Stunde später soweit erholt, dass er meine Fragen langsam aber mit Sicherheit beantwortete. Sprache etwas schwerfällig. Allgemeinzustand gut. P. 68. R. 28.

Wunde: Zwei runde Wunden. Die hintere entspricht einer durch die Eminentia parietalis gelegten Horizontalen auf einem Punkte, der von einer Senkrechten, die ungefähr die Concha halbiert, berührt wird. Die zweite Wunde ist ungefähr 2½ Zoll weiter nach vorn auf der nämlichen Horizontale. Die hintere Wunde weist eine leichte Depression auf. Parese der linken Hand und des linken Armes. Vollständige Paralyse des Gesichtes. Parese des linken Beines. Zunge frei beweglich. Augenbewegungen normal. Sphinkteren normal. Reflexe der linken Seite erhöht.

Sensible Symptome: Bei der Untersuchung der Kopfwunden legte ich meine Hand auf seinen Hals um das Kinn zu fixieren. Obgleich ich ihn nur leise berührte, schrie er vor Schmerz laut auf. Dasselbe geschieht bei Berührung des Hinterkopfes in der Gegend der Protub. occipitalis externa. Schmerz wurde auch hervorgerufen durch sanftes Aufheben der Haut zwischen Zeigefinger und Daumen und durch sanftes Anziehen der Haare.

Angesichts der motorischen Symptome erachtete ich einen Eingriff für indiziert. Nach Einschnitt über den Wunden fand ich, dass die vordere nur eine Hautwunde war, obgleich sie in Grösse und Aussehen ganz der hinteren glich. Die hintere Wunde entsprach einem Knochendefekt, der etwas grösser war als die Hautwunde. Nachdem ich die Knochenwunde mit dem Meissel vergrössert, fand ich eine Höhle von der Grösse einer Walnuss, die mit schwarzgefärbten Gehirntrümmern und Knochensplittern gefüllt war. Die Dura war zerrissen und schwarz gefärbt. Vorsichtiges Suchen nach der Kugel in der Höhle war erfolglos, und nachdem ich die Wunde mit normaler Kochsalzlösung ausgewaschen, drainierte ich sie mit Jodoformgaze und schloss die Hautwunde bis zum Drain. Der Patient erholte sich im ganzen gut. Am 18. November bat er beim Verbandwechsel, seinen Kopf nicht zu berühren, sondern ihm zu erlauben, ihn selbst in die gewünschte Lage zu bringen, da ihm die Berührung zu viele Schmerzen verursache.

Am 19. November war er bei vollem Bewusstsein. Temp. 99°—100.

20. *November.* Scharfer Schmerz im rechten Auge, wenn Pat. in das Licht sieht. Beide Konjuktiven sind gerötet, Thränenfluss.

22. *November.* Allgemeine Konvulsionen von 5 Minuten Dauer.

23. *November.* Sehr unruhig, lässt Koth unter sich.

Nach dieser Zeit fing Pat. an, sich zu erholen. Temperatur überstieg 99° nicht.

8. *Dezember.* Leichte, oberflächliche Empfindlichkeit über der unteren Partie des hinteren Kopfes entlang der unteren Kante des Unterkieferastes und in den vorderen und seitlichen Halsgebieten bis zum oberen Rande des Ringknorpels. Patient bemerkte, dass es ihm Schmerz verursacht, wenn er dies Gebiet beim Waschen berühre.

Die Gesichtsparalyse war bedeutend besser. Die Arme nur in geringem Grade gebessert. Das Bein gleicherweise. Die Reflexe waren erhöht.

Augenbewegungen und Pupille normal. Konjunktiven waren klar. Temperatur und Berührungssensibilität normal. 10.—16. Dezember normale Temperatur, Allgemeinbefinden gut. Hyperalgetische Zonen stationär.

Vom 18.—23. Dezember war die Temperatur mit Ausnahme kleiner abendlicher Erhöhungen normal und das Allgemeinbefinden gut. Am 23. Dezember klagte Patient über heftiges Kopfweh nach dem Essen, bekam um drei Uhr allgemeine Konvulsionen und starb um 5 Uhr Nachmittags.

Post mortem: Narbe der Kopfhaut in der Gegend des Tuber parietale Unter der Narbe ein Knochendefekt ungefähr einen Zoll im Durchmesser, der ganz mit festem, schwartigem Gewebe ausgefüllt war. Die Gehirnwunde war mit Granulationsgewebe gefüllt, sie entsprach einem Gehirndefekt von 2½ cm Durchmesser und lag zum grösseren Teile über dem Gyrus centralis anterior und dem Bezirk, der etwas weiter nach vorn vom Gyrus gelegen, zum kleinern Teile dem Gyrus centralis posterior. Der Defekt war ungefähr 4 cm vom oberen Rande der rechten Hemisphere entfernt. Auf der medialen Seiten der Hemisphere fand sich ein Abszess von der Grösse einer Walnuss, der ein wenig oberhalb des Splenium corporis callosi gegenüber dem Praecuneus gelegen war. Die Abszesshöhle enthielt grüngelben Eiter und ein unregelmässig geformtes Kugelfragment, welches ungefähr der Hälfte einer Kugel von Kaliber 38 entsprach. Der am meisten affizierte Teil des Gehirns war das mittlere Drittel des Gyrus centralis anterior. Die Richtung der Kugel war von oben nach unten und innen. Der Abszess hatte sich in den Seitenventrikel entleert. Makroskopisch waren in Frontalschnitten des affizierten Teiles keine Veränderungen nachzuweisei. Die Hirnbasis war frei, gleichfalls die Meningen. Die linke Hemisphere war normal, ebenso die übrigen Organe. Folgende Hirnteile waren durch die Kugel lädiert:

Cortex: Gyrus centr. ant., Gyrus centr. post., Gyrus fornicatus.

Subcortical: Centrum ovale, Splenium corpor. callosi.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass der eben beschriebene Fall sich den anderen anreiht, dass also die Hyperalgesie sympathischer Natur gewesen und die betroffenen Gebiete als H e a d'sche Zonen anzusehen sind. Gleichzeitig beweist er auch ebenso wie der M i l n e r'sche Fall und der zuletzt von W i l m s beschriebene, dass das Phänomen beobachtet wird, wenn keine Läsion der Basis vorliegt, von einer Verletzung des Plexus cavernosus also nicht die Rede sein kann. W i l m s hat denn auch nach Veröffentlichung des M i l n e r'schen Falles bei Gelegenheit der Publikation seines eigenen letzten Falles seine zuerst aufgestellten Behauptungen dahin modifiziert, dass das Phänomen durch Verletzungen grösserer Gebiete des Lobus frontalis da hervorgerufen werden kann, wo die Pia reichlicher mit Sympathikusfassen versehen ist. Da die Existenz von Sympathikusfassen, die die Hirngefässe be-

gleiten, ein umstrittener Punkt ist und es sich oben drein hier noch um sensorische Fasern handelt, so ist mit dieser Erklärung nicht viel gedient.

Was die Erklärung des Phänomens anbetrifft, so ist sie vor der Hand noch unmöglich. Dies Gebiet ist sehr fruchtbar im Aufstellen von Hypothesen. Head selbst erklärt die Hyperalgesien als Folgen von Hirndruck, ebenso Kocher. Wenn wir nun annehmen, dass ein lokaler Druck, der einige Zeit dauert, doch auch im allgemeinen sich bemerkbar machen müsste als sogenannter *Liquordruck* und dann am Puls Veränderungen hervorrufen müsste, so ist es sonderbar, dass bei meinem Patienten der Manometerdruck an der Radialis 11 cm betrug, also normal war. Bezüglich der Zonen am Rumpf glaubt Head, dass der Stimulus durch den Glosso-vago-pharyngeus aufwärts geleitet wird. Merkwürdigerweise ist das Phänomen bei keiner anderen traumatischen Hirnaffektion soweit beobachtet worden. Schädelfrakturen aller Arten ohne markante Concussion haben es nicht gezeigt.

Ich habe den Fall publiziert und zugleich die beobachteten Fälle zusammen gestellt, um weitere Forschung auf diesem Gebiet besonders von chirurgischer Seite anzuregen.

Zur Prophylaxe der Lungenblutungen.[1]

Von Dr. Hans Naumann, Kurarzt in Bad Reinerz (Schlesien) und Meran (Tirol).

Das Auftreten einer Hämoptoe, sei dieselbe auch noch so geringfügig, versetzt die Mehrzahl der Kranken in einen Zustand so erheblicher Aufregung, dass dieses für den Ablauf der Krankheit gewiss oft genug bedeutungslose Ereignis manchmal auf lange Zeit hinaus ihr ganzes Denken beherrscht und dass all ihr Streben und Trachten darauf gerichtet ist, die Wiederkehr eines solchen Ereignisses zu verhüten. Auch die ärztliche Kunst sieht ihre Aufgabe darin, der Wiederholung einer Hämoptoe nach Möglichkeit vorzubeugen und ist bemüht, durch eine Reihe von Vorschriften prophylaktisch zu wirken. Diese Verordnungen betreffen das gesamte hygienische Verhalten, weisen auf das Vermeiden aller körperlichen Strapazen, wie Bergsteigen, Tanzen, Radfahren, auf die Unterlassung solcher hydriatischer Prozeduren hin, welche Anforderungen an das Zirkulationssystem stellen und womöglich zu raschen Steigerungen des arteriellen Druckes führen könnten, und regeln die Diät, aus welcher alle den Blutdruck hebenden Genussmittel, wie Kaffee, Tee in starken Aufgüssen, sowie Alkohol in jeder Form gestrichen zu werden pflegen.

In der Praxis hat sich ein solches Vorgehen nur teilweise bewährt, doch hat es seine Begründung, theoretisch können sich alle diese Verbote auf die von allen Autoren bestätigte Häufigkeit hoher Blutdruckszahlen bei den zu Blutungen disponierten Lungenkranken stützen.

Wie es scheint, habe ich [2]) zuerst auf die auffallende Häufigkeit des Zusammentreffens hoher Blutdruckswerte mit der Neigung zu Lungenblutungen die Aufmerksamkeit gelenkt, eine Tatsache, die später von anderer Seite mehrfach

[1]) Aus „Ztschr. f. Tuberkulose", Bd. 8, Heft 6, 1906.

[2]) Naumann, Blutdruckmessungen an Lungenkranken. „Ztschr. f. Tuberkulose", Bd. 5, Heft 2.

bestätigt wurde (Galecki[3]), Barbary[4]). Hatte ich nur die Koinzidenz forgestellt, so sprach Galecki bereits von einem „begünstigenden" Einfluss, während Barbary die Ursache der Lungenblutungen in jedem Falle in einer dauernden oder transitorischen Blutdrucksteigerung sieht. Sicherlich schiesst eine solche verallgemeinernde Behauptung über das Ziel hinaus. Ich meine, dass, wenn man die Frage des hohen Blutdrucks als eines ätiologischen Faktors vertiefen und sie fruchtbringend gestalten will, das gesamte klinische Verhalten des einzelnen Falles viel mehr berücksichtigt werden müsse, worauf ich bereits in meiner ersten dieses Thema behandelnden Publikation ausdrücklich hingewiesen habe. Einen Anlauf hierzu hat Galecki unternommen, indem er auch das gleichzeitige Verhalten des Pulses studierte, doch verdienen noch eine Menge anderer Umstände, wie plethorische Konstitution, das Alter der Patienten, Art des Auftretens und Häufigkeit der Blutungen, eine grössere Berücksichtigung, als es bisher geschehen ist. Es braucht hier nur angedeutet zu werden, welch verschiedene Wertigkeit eine Lungenblutung haben kann, es sei daran erinnert, dass die Bezeichnung Hämoptoe ebensowohl für eine kleine Blutung aus einem kleinen geborstenen Gefässe der geschwellten Bronchialschleimhaut wie für eine abundante Blutung aus dem kranken Gefässe einer vielleicht nicht nachweisbaren Kaverne gebraucht wird. Ich lasse die Frage offen, wie viele Blutungen bei nachweislich Tuberkulösen durch hämorrhagischen Infarkt zustande kommen, wobei der Embolus durchaus nicht immer dem Herzen, sondern ebensogut einem krankhaft affizierten Lungengefässe entstammen könnte. Auch die von Cornet[5]) aufgestellte, von mir [6]) aufgenommene Hypothese, dass die von den Tuberkelbazillen produzierten, bei guter Abgrenzung des Krankheitsprozesses an Ort und Stelle liegen bleibenden und sich anhäufenden Toxine eine die Gefässwandungen schädigende Wirkung entfalten können und dadurch zu Blutungen führen, sei hier erwähnt; vermag sie doch ausgezeichnet die Entstehung der Initialblutungen (von Dieulafoy[7]) als „hémoptysies de défense" bezeichnet) zu erklären.

Diese wenigen Hinweise mögen genügen, um die Schwierigkeiten zu kennzeichnen, die sich kritischen Untersuchungen über die ursächlichen Beziehungen zwischen Blutdruck und Lungenblutungen in den Weg stellen. Noch ein zweiter Weg ist denkbar: wäre eine konsequent auf Verminderung des arteriellen Druckes gerichtete Therapie stets von Erfolg, so könnte man das wohl für das Bestehen enger Beziehungen zwischen Hämoptoe und Blutdruck als beweisend ins Feld führen, denn „naturam morborum curationes ostendunt" (Hippocrates). Ich habe diesen Weg bereits beschritten[8]) und habe bei einer allerdings sehr kleinen Zahl von Fällen ein auf Blutdrucksenkung hinzielendes Regime (das Milch-, vegetarische) längere Zeit durchführen lassen, habe aber nur in solchen Fällen einen halbwegs sichern Erfolg konstatieren können, bei denen die Blutung nicht der Ausdruck einer bestehenden aktiven tuberkulösen Lungenerkrankung war, sondern wo sie von andern gleichzeitig bestehenden pathologischen Zuständen, die mit Blutdrucksteigerung einhergehen, wie Klimakterium, Morbus Brightii,

[3]) Galecki, Puls und Blutdruck bei Lungenkranken. Beitr. z. Klinik d. Tub., Bd. 4, Heft 3. Hrsg. Prof. Dr. L. Brauer.

[4]) Barbary, Interprétation nouvelle du mécanisme de l'hémoptysie tuberculeuse. de Rudeval, Paris 1905.

[5]) Cornet, Die Tuberkulose. In Nothnagel's Handbuch.

[6]) Naumann, l. c.

[7]) Dieulafoy, Pathologie interne.

[8]) Naumann, Zur Prophylaxe und Therapie der Lungenblutungen. „Dtsch. Aerzte-Zeitung", 1. Mai, 1905.

Arteriosklerose, abhängig zu sein schien. Hier erfolgte die Blutung nur deshalb durch die Lunge, weil das pathologisch veränderte Lungengewebe einen Locus minoris resistentiae abgab; sie hätte bei intakter Lunge ebensogut aus der Nase, durch die Nieren oder ins Gehirn hinein erfolgen können. Dieselben Komplikationen fanden sich übrigens auch bei der Hälfte der von Barbary[9]) ausführlich mitgeteilten Fälle.

Trotzdem habe ich die Bemühungen, durch prophylaktische Massnahmen die Wiederkehr hartnäckig rezidivierender Hämoptysen zu verhüten oder wenigstens deren Grösse zu verringern, nicht aufgegeben, schlug aber, da die Milch-, vegetarische Diät wenigstens bei den gewöhnlichen tuberkulösen Blutungen wirkungslos zu sein schien, einen andern Weg ein. Den Ausgangspunkt für mein Handeln hatte ich in den Erfolgen, die ich seit Jahren bei der Behandlung manchmal sehr schwerer Lungenblutungen mit der Durchführung einer Trockendiät hatte, ein Verfahren, das ich[10]) an anderer Stelle beschrieben habe und das auch von Salomon[11]) als schonend und schnell zum Ziele führend gerühmt wird. Diese Erfahrungen gaben mir den Hinweis, wie ich mich sinsichtlich der Prophylaxe der Blutung verhalten sollte. Ich fing also an, solchen Patienten, bei denen eine deutliche Neigung zur Wiederholung von Lungenblutungen bestand, die tägliche Flüssigkeitsmenge in der Nahrung zu beschränken, wobei ich Wert darauf legte, dass das gestattete Quantum (1—1½ l) in kleinen Portionen über den Tag verteilt genommen wurde; ich suchte so eine zu schnelle Anfüllung des Gefässsystems zu verhindern und hoffte damit wenigstens einen Teil der ja immer stattfindenden Blutdruckschwankungen zu vermeiden.

In meinem Vorgehen bestärkten mich die Arbeiten v. Noordens[12]) und seiner Schule, welche die Bedeutung einer Beschränkung der Wasserzufuhr zunächst bei Schrumpfnierenkranken erwiesen haben. Nun war allerdings bei meinen Kranken eine Nierenaffektion nicht vorhanden, gleichwohl wird man mit der Behauptung nicht fehl gehen, dass eine reichliche Flüssigkeitszufuhr auch bei intakter Nierenfunktion wenigstens vorübergehend eine stärkere Füllung des Gefässsystems und damit eine Erhöhung des Blutdrucks zur Folge haben kann, zumal beim Phthisiker, bei dem die Leistungsfähigkeit des Herzens häufig genug zu wünschen übrig lässt. „Durch die Ueberflutung des Gefässsystems mit Wasser, das vom Darm zu den Nieren strömt und dort unter wesentlicher Beteiligung des Blutdrucks auszuscheiden ist, wird das Herz in ausserordentlichem Grade belastet und auf die Dauer das Herz geschädigt.“ (v. Noorden).

Damit erklärt sich auch leicht das in vielen Kurorten traditionelle Verbot des Genusses der Mineralquellen bei Patienten, die Blutungen hatten. Die „geheimnisvolle Kraft“ der Mineralwässer, Blutungen zu produzieren, gründet sich bestimmt nicht auf ihren Gehalt an festen Bestandteilen oder an Kohlensäure, höchstwahrscheinlich ist lediglich in den grossen Quantitäten der zugeführten Flüssigkeite das ursächliche Moment für die Entstehung der Blutung gegeben. Man muss nur in Betracht ziehen, dass ausser dem Brunnen im Laufe des Tages noch eine Menge anderer Flüssigkeiten, Suppen, Kakao, Tee, Wasser, namentlich aber oft sehr erhebliche Mengen von

[9]) Barbary, l. c

[10]) Naumann, „Dtsch. Aerzte-Zeitung“, 1. Mai 1905.

[11]) Salomon, Uber Durstkuren, besonders bei Fettleibigkeit. Samml. klin. Abhandl. über Pathologie u. Therapie der Stoffwechseln. Ernährungsstörungen. Herausg. von Prof. Dr. C. von Noorden. Aug. Hirschwald, Berlin 1905.

[12]) v. Noorden, Ueber die Behandlung der akuten Nierenentzündung und der Schrumpfniere, Samml. klin. Abhandl. etc. Heft 2. Hersg. von Prof. Dr. C. v. Noorden, Berlin 1902.

Milch getrunken werden; rechnet man alles das zusammen, so kann es kaum mehr zweifelhaft erscheinen, dass auf diese Weise leicht eine Vermehrung des intravaskulären Druckes zu Stande kommt und gelegentlich zur direkten Veranlassung einer Lungenblutung wird. Die Quantität ist es also, nicht die Qualität, welche den ätiologischen Faktor abgibt.

Die vermehrte, gewiss oft überreichliche Flüssigkeitsaufnahme während sehr heisser und trockener Sommer wird vielleicht auch die Ursache und Erklärung dafür abgeben, dass Lungenblutungen, wie viele Beobachtungen und Statistiken [13]) es lehren, in der warmen Jahreszeit häufiger als in der kalten vorkommen. Diese Deutung erscheint mir wenigstens einfacher und natürlicher, als die verschiedenen komplizierten klimatologischen Hypothesen.

Ebenso lässt sich die Möglichkeit, dass bei Exzessen in baccho, die ja oft genug als Entstehungsursache für Lungenblutungen in Betracht kommen, abgesehen von dem schädigenden Einfluss des Alkoholes auch der hiermit verbundenen grossen Flüssigkeitsaufnahme eine grössere Rolle zukommt, durchaus nicht von der Hand weisen. Die von Wolff [14]) gefundenen Zahlen, nach denen 50 Prozent der von ihm als Alkoholisten der besseren Gesellschaft bezeichneten Kranken Lungenblutungen gehabt hatten, während er als Durchschnittszahl nur 35 Prozent von Blutern unter Lungenkranken angibt, sprechen zum mindesten nicht gegen meine Auffassung. Da es sich um Mitglieder besserer Gesellschaftskreise handelte, so darf man wohl annehmen, dass die reichliche Alkoholaufnahme bei ihnen in Bier erfolgte. Dass ein absolut sicherer Beweis für meine Behauptung durch die Wolff'schen Zahlen nicht erbracht ist, leuchtet ja ein; erst ein Vergleich mit Schnaps trinkenden Alkoholisten könnte den Beweis oder doch wenigstens bessere Anhaltspunkte dafür liefern, ob die sicher vorhandenen Beziehungen zwischen Alkoholismus und Lungenblutungen mehr der Flüssigkeitsmasse oder dem Alkoholgehalt zuzuschreiben sind.

Seitdem meine Aufmerksamkeit auf diese Verhältnisse gelenkt war, habe ich, sobald ich Fälle, bei denen es sich um immer wieder rezidivierende Blutungen handelte, in Behandlung bekam, bei der Aufnahme der Anamnese stets die Frage nach der Grösse der täglichen Flüssigkeitsaufnahme gestellt. Ich erfuhr dann, dass in einem auffallend hohen Prozentsatz der Fälle das verbrauchte Tagesquantum über den Bedarf an Flüssigkeit weit hinausging; dass Kranke 2—3 l Milch täglich genossen, war durchaus nichts Aussergewöhnliches. Zählte man alle andern im Laufe des Tages genommenen Flüssigkeiten hier hinzu, so wurden in vielen Fällen Mengen von 4 l und mehr erreicht.

Die Erfolge, die ich in solchen Fällen mit der Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr hatte, schienen mir da und dort schlagend. Sie berechtigen mich jedenfalls dazu, die Versuche fortzuführen und um eine Nachprüfung des einfachen Verfahrens zu bitten. Dass die Resultate nicht in allen Fällen gleich sein werden, ist von vornherein zu erwarten, da die Ursachen der Blutungen so sehr verschiedener Natur sind.

[13]) u. a. die von Thompson in seinem Werke: "The causes and results of pulmonary hæmorrhage." Smith, Elder & Co., London 1879.

[14]) Wolff, Alkohol und Tuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. 4, Heft 3. Hrsg.

Inwieweit besteht in Lupusheilstätten, dermatologischen Abteilungen und Ambulatorien eine Gefahr der Tuberkuloseübertragung und worin bestehen die Mindestmassnahmen zu wirksamer Prophylaxe.[1]

Von Privatdozent Dr. Karl Ullmann in Wien.

Die Einbeziehung der Tuberkuloseprophylaxe, auch für solche Heilstätten, in denen vorwiegend oder doch wenigstens sehr häufig verschiedenartige Formen von Haut- und Schleimhauttuberkulose zur Behandlung gelangen, dürfte von vornherein manchen Aerzten als eine mehr theoretisch interessante als praktisch wichtige, in diesem Kreise aber vielleicht überflüssige Erörterung erscheinen — scheinbar sogar mit einigem Rechte.

Wie lange ist es denn her, dass gerade die allerhäufigsten Formen der Hauttuberkulose, wie der Lupus vulgaris nodularis, der Lupus exedens, serpiginosus, hypertrophicus, sclerosus u. a. Formen mehr, als von der miliaren und ulcerösen Hauttuberkulose in klinischer und ätiologischer Hinsicht wesentlich verschiedene Erkrankungen, als chronisch-entzündliche Neubildungen, Ausdrucksformen einer Konstitutionsanomalie angesehen werden.

Wiewohl die hervorragendsten Vertreter dieser Anschauung, z. B. Kaposi[2]), Virchow[3]), Baumgarten[4]), die histologische Verwandtschaft beider Formen keineswegs in Abrede stellten, so bedeutete doch für sie der Tuberkelbazillus keineswegs die alleinige und massgebende Krankheitsursache des Lupus. Zum Zustandekommen der Lupusformen waren nach diesen Autoren ausser dem spezifischen Erreger noch andere zum Teile unbekannte Bedingungen nötig, die hauptsächlich in dem Individuum selbst gelegen waren. Sie unterschieden demnach einerseits die virulente Hauttuberkulose, andererseits lupöse Individuen mit oder ohne manifeste lupöse Erscheinungen.

Ebenso entschieden hatte sich seinerzeit Schwimmer[5]) für die pathogenetisch-klinische Loslösung des Lupus von der Chiarischen ulcerösen Tuberkulose ausgesprochen.

Dieser Standpunkt hat auch heute noch eine gewisse Berechtigung. Fraglich aber ist es, ob wir aus den zweiffellos bedeutenden Differenzen des klinischen Verlaufes der beiden oben angeführten

[1]) Aus der „Monatsschrift für Gesundheitspflege", Nr. 7 und 8, 1905.

[2]) M. Kaposi (Path. u. Therap., Wien 1899) betont noch in der letzten Auflage seines Lehrbuches ausdrücklich und wiederholt, wie bedeutend die Unterschiede zwischen den Formen von Lupus vulgaris und der eigentlichen Hauttuberkulose in klinisch-pathologischer Hinsicht sind. Nach K. genügen (l. c. p. 821) alle bis 1899 vorgebrachten Tatsachen, obgleich er dieselben als richtig ansieht, keineswegs, um die Frage in dem Sinne der Identität der drei dort genannten Prozesse (Lupus, Skrofulose und Tuberkulose) als Tuberkulose als entschieden erscheinen zu lassen; freilich kann K. nicht umhin, die theoretische Berechtigung dieser Identifizirung nach Richtung der Aetiologie nicht mehr zu bestreiten.

[3]) Virchow, Cellularpathologie.

[4]) E. Baumgarten (Lehrbuch der pathologischen Mykologie, p. 588 u. 612. Virchows Archiv, Bd. 83, S. 397) fand noch 1887 wesentliche histologische Unterschiede zwischen dem lupösen und tuberkulösen Infiltrat. Er unterschied bekanntlich zuerst zwischen dem Epitheloid- und Lymphzellentuberkel. Wir finden jedoch, wie schon Jadassohn 1890 zeigte, ebensowohl bei exogenen ulcerösen wie hämatogen entstandenen lupösen Infiltraten ganz analoge histologische Bilder, so dass man kein Recht hat, auf besondere histologische Unterschiede zwischen dem exogenen und hämatogenen Lupus hinzuweisen. Auch E. Finger fand 1888 eine frappante Aehnlichkeit zwischen den histologischen Bildern bei Leichenwarzen und Lupus papillaris verrucosus oder sclerosus (Ueber die sogenannten Leichenwarzen etc. „Deutsche Med. Wochenschr." Nr. 5, 1888).

[5]) Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syphil. 1887.

Grenzformen, insbesondere auch aus dem eminent chronischen, oft durch viele Jahre stationären Verlaufe vieler Lupusformen auf deren völlige Avirulenz und Ungefährlichkeit für die gesunde Umgebung zu schliessen berechtigt sind.

Selbst der Gedanke an die Infektiosität des Lupus wäre manchem Vertreter der älteren, vorbakteriologischen Schule, wenigstens Kaposi[6]), schon als eine geistige Verirrung erschienen; dennoch kann es heute und schon seit Jahren als feststehend angesehen werden, dass manche Lupusformen ebenso wie die miliare Tuberkulose der Haut einzig und allein demselben Tuberkelbazillus ihren Ursprung verdanken, demzufolge unter gewissen, glücklicherweise recht seltenen Umständen auch „infektiös" werden können.

Zwischen den bazillenreicheren miliaren und ulcerösen Formen der Hauttuberkulose und den bazillenarmen typischen Lupusknötchen stehen nun allerdings noch zahlreiche, früher unerkannte oder missdeutete klinische Formen und Varietäten der bazillären Hauttuberkulose, welche nebst anderen klinischen Differenzen sich auch durch einen verschiedenen, mitunter relativ grossen Gehalt an Bazillen auszeichnen, wie gerade die sehr verschieden stark bazillenhaltigen verrucösen, lupösen, respektiv tuberkulösen Plaques. Es erscheint demnach heute, vom Gesichtspunkte des relativen Bazillengehaltes wenigstens, als nicht mehr zulässig, aus den klinischen Erscheinungsformen der verschiedenen Hauttuberkulosen allein auf ihre grössere oder geringere Infektiosität zu schliessen.

Alljährlich wird übrigens die Zahl der sich als Tuberkulose der Haut entpuppenden Dermatosen grösser — ich verweise diesbezüglich auf die Ergebnisse der letzten Dermatologenkongresse[7]), so dass dieselben mit Einschluss der meist erst sekundär auf die Haut übergreifenden, sogenannten skrofulös-tuberkulösen Affektionen der Drüsen, der Gelenke, des Periosts, der Knochen einen gewiss sehr erheblichen Anteil der Gesamtmorbidität und des Krankenmaterials unserer Spitäler darstellen. Kranke gerade dieser Art finden sich nun besonders in allen grösseren Städten fast ausschliesslich entweder in den chirurgisch-dermatologischen Abteilungen oder seit einigen Jahren auch in den Lupusheilstätten, in

[6]) Kaposi, s. p. 815: Dass der Lupus sich als solcher hereditär gezeigt hatte, ist gar nicht bekannt, ebensowenig, dass er im klinischen Sinne ansteckend wäre. Um so erstaunlicher ist es mir, aus dem 1892 erschienenen Werke „La Scrofula-Tuberculose de la Peau" von Leloir zu sehen, dass dieser Autor unter 312 Fällen 11mal bei einem Elternteile und bei einem Kinde desselben und 15mal unter Geschwistern zugleich Lupus gesehen hat. Weiterhin sagt K., dass aber Lupus nicht ansteckend und nicht hereditär ist, das ist als allgemein richtig aufrecht zu erhalten, unbeschadet der Möglichkeit, dass, wie noch zu erwähnende Fälle von sogenannter Impftuberkulose und Impflupus annehmbar machen, doch eine direkte Einimpfung des Lupus an ein anderes Individuum möglich sein kann. In früheren Auflagen war diese Konzession an die Macht gut beobachteter zahlreicher Tatsachen noch nicht vorhanden.

[7]) Third International Congress of Dermatol., London 4.—8. August 1896, Offic. Transactions (London 1898 by Waterlow and Soc.). Auf dem Londoner internationalen Dermatologenkongress 1896 wurden von dem einen der Referenten, James Nevins Hyde in Chicago, folgende Formen von Hauttuberkulose unterschieden: 1. Verruca necrogenica. 2. Tuberculosis verrucosa cutis Riehl und Paltauf, identisch mit dem Lupus papillomatosus Neisser-Doutreleponts. 3. Tuberculosis papillomatosa cutis, Morrow, Brissaud und anderer Autoren, charakterisirt durch irreguläre papillomatöse Exkreszenzen. 4. Fibromatosis tuberculosa cutis (tuberkulöse Tumoren) Riehl. 5. Elephantiasis tuberculosa. In derselben Sitzung dieses Kongresses und seither bis heute wurden noch zahlreiche andere Formen seitens der verschiedenen Autoren nominirt und durch klinischen Verlauf, Aussehen und histologisches Verhalten. Bazillenreichtum als mehr oder weniger durch Invasion des Tuberkelbazillus hervorgerufene Hauterkrankungen aufgefasst, auf welche alle hier nicht eingegangen werden kann.

den öffentlichen oder privaten Lichtheilanstalten und Finsen-Instituten.

Die Ammassierung von mit derlei Affektionen behafteten Kranken in oft räumlich beschränkten Heilanstalten, Krankenabteilungen, Instituten, weiterhin der Umstand des gerade bei diesen Kranken schon infolge der Art ihrer Behanlung oft notwendigen stundenlangen Verweilens in Warte- und Behandlungsräumen und der sich gerade hiedurch ergebenden erhöhten Infektionsgefahr legen es nun, so glaube ich wenigstens, denn doch nahe, in einer Epoche, wo der Lungenheilstätten diesbezüglich so oft und eingehend gedacht wird, auch diese Art von Heilstätten in Betracht zu ziehen. Vor allem bedarf die Frage, ob und inwiefern auch an diesen Stätten überhaupt eine Gefahr einer Tuberkuloseübertragung besteht, der Erörterung. Ganz besonders aber gilt dies für die modernen Lichtheilanstalten mit ausschliesslichem Lupusmateriale.

Oft genug sehen wir neue Heilmethoden, auf neue medizinische Tatsachen sich aufbauend, erstehen, in raschem Fluge an Verbreitung gewinnen, aber ebenso schnell wieder in Vergessenheit geraten, ohne dass es sich verlohnen würde, auch die öffentliche Meinung für dieselben zu interessieren oder gar die öffentliche Hygiene für dieselben in Anspruch zu nehme. Aber gerade die Auswertung der bakteriziden Kraft des Lichtes für die verschiedenen Zweige der Therapie erscheint wegen ihrer Einfachheit und wegen ihrer hervorragenden Wirksamkeit von so epochaler, verheissungsvoller Bedeutung, dass es sich hier jedenfalls doch verlohnt, die Ausgestaltung dieser Therapie auch nach der sozialen und hygienischen Seite möglichst einwandfrei zu gestalten.

Schon die aussergewöhnliche Aufmerksamkeit, welche die ärztlichen und nichtärztlichen Kreise dem Verfahren entgegenbringen, lässt dies als wünschenswert erscheinen. Voll Interesse sieht die gebildete Welt auf diese modernen Schöpfungen menschlichen Erfindungsgeiste und sozialer Humanität in der sicheren und berechtigten Erwartung, dass denselben nur Gutes, Segenreiches entspriesst und nicht vielleicht auch verborgene Schädigung an Gesundheit innewohnt.

Es entsteht also zunächst die konkrete Frage: Bilden lupös-tuberkulöse Individuen überhaupt eine Gefahr der Verschleppung und vielleicht auch Uebertragung von Tuberkelbazillen auf die Umgebung? Durch welche Art von Infektionsstoff können sie gefährden und weiterhin, wenn dies überhaupt der Fall ist, besteht diese Gefahr nicht speziell in den Ambulanzräumen der Spitäler und der genannten Institute?

Die getrennte Behandlung der vorwiegend oder ausschliesslich stationäre Kranke verpflegenden Heilanstalten von den Ambulatorien und ambulatorisch behandelnden Instituten hat hier Bedeutung, insoferne die Hygienisierung des Betriebes auch mit Rücksicht auf die Prophylaxe doch hauptsächlich nur in den letzterwähnten Instituten eine noch mangelhafte und dringend verbesserungsbedürftige ist. Allerdings gibt es unter den dermaligen Spitälern beispielsweise gerade bei uns in Wien ebenso wie in anderen Grossstädten, Paris, London, auch noch genug Spitalsabteilungen, in denen die Räumlichkeiten in Bezug auf Bauart, Grösse, respektive Luftraum und Bettenanzahl noch sehr, sehr viel zu wünschen übrig lassen.

Weiterhin beschränkte ich mich aber absichtlich nur auf das Notwendigere, d. i. auf Betrachtungen über die Hygienisierung der Ambulatorien. Worin kann nun dort die Infektionsgefahr bestehen?

Eine solche könnte schon bestehen in der kontinuierlichen und unwillkürlichen Verstreuung der mitunter ganz beträchtlichen Massen trockener Epidermisfetzen, Hornschuppen, von Eiter, flüssiger oder zu Borken und Krusten erstarrter Sekrete, welche von den betreffenden lupösen, skrofulösen, tuberkulösen Kranken zur Abstossung gelangen, insbesondere da dieselben meist auch arme, der

materiellen Mittel und oft auch der nötigen Intelligenz entbehrende, unreine und unhygienische ambulante Kranke sind.

Die Frage ist für unsere Zwecke nahezu, wenn auch gewiss nicht ganz identisch mit derjenigen: Enthalten die verschiedenen hier genannte Abfallsprodukte lupös-tuberkulöser Affektionen virulente Tuberkelbazillen?

Ich sage: nicht völlig identisch, da ja ausser den Bakterien immer noch die besondere Infektionsgelegenheit und oft ein besonderer Infektionsmodus zum Zustandekommen einer spezifischen Infektion gehören. Meines Wissens sind diese Fragen gerade beim Lupus noch nicht genügend klargestellt.

Histologisch finden sich in der Epidermis, in den Hornschuppen niemals, in den Krustenbildungen, im Eiter von ulceriertem Lupus, im Eiter von cariösen Prozessen des Periostes, Knochens etc. wohl ziemlich viel ubiquitäres Bakterienmaterial, d. i. Eitererreger aller Art, dagegen lassen sich nur selten und dann auch immer nur spärliche, meist aber überhaupt keine Tuberkelbazillen nachweisen. So lauten wenigstens die Ergebnisse der meisten Forscher. Nur Lachmann und R. Koch (1884) fanden die spezifischen Erreger auch in den Borken und Schuppen des Lupus exfoliativus, respektive Lupus hypertrophicus, konnten dieselben auch kultivieren und sie mit Erfolg auf Meerschweinchen überimpfen. Dasselbe, was für die Produkte der Epitheldesquamation, gilt wohl auch höchst wahrscheinlich für die artifiziellen Reaktionsprodukte, z. B. von dem Inhalte der Reaktionsblasen nach Finsen-Belichtung etc. Sie können als in den meisten Fällen ungefährliche Sekrete betrachtet werden. Unna und Berliner haben dies wenigstens bereits für die Reaktionsprodukte des Lupus nach Tuberkulininjektion nachgewiesen. Hingegen findet zweifellos bei den meisten ulcerösen tuberkulösen Erkrankungen an der Haut und den Schleimhäuten, hauptsächlich des Mundes, Rachens etc., eine kontinuierliche Abstossung zahlreicher, gewiss oft hochvirulenter Tuberkelbazillen im Eiter und Schleim statt, Oft genug sehen wir nun gerade solche Kranke, wochen- und monatelang mit derartigem verschiedengradig infektiösem Materiale behaftet, ahnungslos ihre Umgebung gefährden. Oft genug geschieht dies selbst während der Behandlung durch den Arzt, z. B. wenn der Sitz der tuberkulösen Ulzerationen im Gesichte, im Munde, im Innnern der Nase (Neisser, Sticker, Lang) etc. eine Unschädlichmachung der Sekrete durch saugende Deckverbände nicht gut möglich macht, um so mehr, wenn Patienten sich der Beobachtung zeitweilig aus den verschiedensten Gründen einfach entziehen.

Die weitere Frage, ob das Lupusgewebe nichtulceröser Form in seiner Tiefe virulente, d. h. übertragungsfähige Tuberkelbazillen enthält, ist seit vielen Jahren endgiltig und eindeutig im positiven Sinne gelöst und möge an dieser Stelle als eigentlich minder wichtig, nur der Vollständigkeit wegen gestreift werden. Eine praktische Bedeutung für die Kontagiosität kommt ihr natürlich nur von dem Augenblick angefangen zu, wenn der Lupus in ein ulceröses Stadium tritt, eine Eventualität, mit der allerdings in vielen Fällen zu rechnen sein wird. Wenn auch die Virulenz des Lupus von Kaposi aus klinischen Erwägungen ganz dezidiert, aber auch von einigen jüngeren Experimentatoren, z. B. Courmont und Arloing, auf Grund von oftmals negativ gebliebenen Imfexperimenten bestritten wurde, so sprechen doch manche Momente für das Vorhandensein einer solchen, vor allem der positive Befund von Tuberkelbazillen im Lupusgewebe, der in früheren Jahren oft genug bestritten wurde. Es liegt bereits eine ganze Reihe diesbetreffender Feststellungen vor.

Es betrifft die Befunde von Doutrelepont, Pfeiffer, Cornil, Leloir, Koch, Schuchart, Krause, Max Schüller, Lachmann, Pick, Neisser, Köbner, Unna, Michel-

sohn und Jadassohn bis zum Jahre 1890 und weiterhin noch bis zu den Klarstellungen des Verhältnisses von Lupus zur Tuberculosis miliaris ulcerosa Chiaris im engeren Sinne des letztgenannten Autors (Jadassohn) auf dem IV. Kongresse der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Graz im Jahre 1894 (vgl. dessen Referat: Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse Bd. VII).

So hat Henri Leloir schon bis zum Jahre 1892 in den Produkten von 200 Lupusfällen 157mal das Vorkommen von Tuberkelbazillen konstatiert, insbesondere in den jüngeren Partien des erkrankten Gewebes.

Im allgemeinen erscheint oft genug in der Literatur ein gewisses klinisches Verhalten der Lupusform, oft auch die Art der Entstehung der lupösen Affektionen einerseits mit der Virulenz, d. i. mit dem Bazillenreichtum und mit der Virulenz und der Qualität der Erreger andererseits, in eine gewisse Relation gebracht.

Zu den bazillenreichsten Formen rechnet man jedenfalls ausser der akuten ulcerösen Miliartuberkulose (Chiari) die frühen Stadien und Partien der menschlichen Leichentuberkel des Lupus verrucosus and sclerosus, der Tuberculosis verrucosa Riehl-Paltauf, während alle übrigen sehr zahlreichen Formen der Hauttuberkulose einen relativ geringen Bazillengehalt aufweisen.

Man hat den reichen Gehalt an Bazillen im Lupusgewebe bei gewissen Formen auf deren exogene Entstehungsweise zurückgeführt, wie beispielsweise bei den Leichenwarzen, der Tub. verrucosa Riehl und Paltaufs, doch zeigten, wie Knickenberg, Jadassohn (l. c.) und ich (Präparate, vorgelegt dem IV. Kongresse der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Graz 1904) und andere nachweisen konnten, auch Fälle von Lupus verrucosus multiplex der Haut und Schleimhaut, deren exogene Natur keineswegs wahrscheinlich war, ebenfalls einen reichen Gehalt an Bazillen.

Ich kann aber nach eigenen zahlreichen histologischen Untersuchungen, die ich in den Jahren 1891—1894 gemacht habe, Leloir nur beipflichten, dass der Bazillenreichtum auch bei klinisch — scheinbar wenigstens — gleich gearteten tuberkulösen Formen, beispielsweise bei den verrucösen Formen, ein sehr verschiedener, also aus dem klinischen Aussehen allein keineswegs immer erschliessbarer ist. Nicht einmal dafür lässt sich ein histologischer Beweis erbringen, dass unter den verschiedenen Formen des Lupus diejenigen mit der Tendenz zum spontanen raschen Vorwärtsschreiten sich stets durch einen besonders reichen Bazillengehalt im Gewebe auszeichnen und dass so auch das klinische Verhalten aus dem bakteriologischen seine Erklärung finde. Ich habe beispielsweise schon Lupus vorax selbst in dessen Randpartien bakterienfrei gefunden. Sicher ist nur, dass, wenn man ein genügend grosses Stück von beliebigem Lupus Meerschweinchen, z. B. intraperitoneal, einimpft, es stets gelingt, damit Tuberkulose zu erzeugen, wohl ein absoluter Beweis für die, wenn auch relative, Virulenz des Lupusgewebes.

Durch diese Tatsachen schwanden die scheinbaren ätiologischen Differenzen zwischen Lupus und Tuberkulose von selbst, das zweifellos verschiedene klinische Verhalten aber erklärt sich wohl genügend durch die verschiedene individuelle Disposition des Hautorganes, welches ja nicht nur nach der Menge des Infektionsstoffes, der Zahl der Tuberkelbazillen, sondern auch nach dem Sitz der Infektion, Alter und sonstiger geweblicher Disposition des Individuums ceteris paribus zu der Ausbildung der verschiedensten Bilder bald des Lupus, bald der Tuberkulose führt. Im Grunde aber ist der Schule Doutreleponts nur beizupflichten, wenn sie prinzipiell einen Unterschied zwischen Lupus und Tuberkulose auch nicht einmal durch die Bezeichnung macht.

Aus diesen Tatsachen lässt sich aber, wie ich glaube, auch für die heutigen Fragen ein gewichtiger Satz deduzieren.

Nicht nur aus den ulcerösen Formen der Hauttuberkulose, sondern auch aus den Produkten an sich mild und chronisch verlaufender Hauttuberkulose des weniger disponierten Trägers vermag auf ein mehr disponiertes Individuum genügend Infektionsmaterial zu gelangen, das dann „unter gewissen Umständen" auch rasch fortschreitende, bösartige Formen der Hauttuberkulose zu erzeugen im Stande ist.

Die Richtigkeit dieses Satzes lässt sich übrigens auch durch die kasuistische Literatur erweisen. So berichtet Leloir 1892 in seinem grossen Werke unter seinen Beobachtungen über Inokulationslupus über Scrofulotuberkulose von einer Frau mit krustösem Lupus serpiginosus der linken Gesichtshälfte, dass sich bei derselben zwei Jahre später auf dem rechten Zeigefinger ein Lupus sclerosus entwickelt habe. Die Person war nicht phthisisch, führte aber selbst die Zeigefingerinfektion auf öfteres Kratzen mit dem Endgliede desselben an ihrem früheren, ursprünglichen Lupus zurück. Sie wurde nach entsprechender Behandlung völlig gesund. Aehnliche Beobachtungen machte er öfters, ebenso Pick (Prager Med. Wochenschr. 1898).

Dass sich jedoch aus Lupus nicht immer Lupus, sondern auch galoppierende Hauttuberkulose entwickeln kann, zeigen die Fälle Demmes und Wahls bei Kindern, welche durch ihre mit Lupus behaftete Kindsfrau infiziert wurden und dabei schwere ulceröse und deletäre Formen des Lupus acquirierten.

Aber nicht nur durch die Elemente der in Destruktion befindlichen Formen der Hauttuberkulose, sondern auch durch die Träger solcher Affektionen selbst, insoweit dieselben etwa noch andere tuberkulöse Herde, insbesondere Lungentuberkulose, aufweisen, erwächst für die Umgebung die Gefahr einer Ansteckung.

Wir dürfen eben nicht vergessen, dass wir es in den genannten Anstalten nicht nur mit Lupus, Fungus, skrofulösen Abszessen und deren bazillenarmen, d. i. wenig infektionsgefährlichen Hautaffektionen, sondern vielfach mit Individuen zu tun haben, die auch sonst tuberkulös sind, eine Tatsache, auf die zuerst (1886) F. Block, dann Eugen Sachs, Bender, Leloir, Lang u. a. hingewiesen haben. Block war es namentlich, der durch seine ausgezeichnete, immer mehr zu voller Würdigung gelangende Statistik gegenüber der älteren Anschauung nachwies, dass das Zusammentreffen von Lupus mit Skrofulose und Tuberkulose der Lungen keine seltene, im Gegenteil eine regelmässige Koinzidenz sei und bei etwa ¾ aller Lupösen nachgewiesen werden könne. Von diesen tuberkulösen Komplikationen ist freilich nur ein kleiner Teil auf die für die Umgebung gefährliche bazilläre Lungenphthise und auch auf die gewiss ebenfalls nicht ganz ungefährlichen skrofulösen Schleimhautkatarrhe zu beziehen, ein mindestens ebenso grosser, wahrscheinlich viel grösserer Teil auf viscerale, käsige, eingekapselte und für die Umgebung ungefährliche Herde. Lang hatte in seinem reichen Lupusmateriale (1898) gut bei ⅘ der Lupösen tuberkulöse Antezedentien oder Komplikationen bei diesen oder Familienmitgliedern gesehen. Ich selbst war gelegentlich einer eigens darauf gerichteten genauen Untersuchung in der Lage, aus eigenem Krankenmateriale der letzten 3 Jahre unter 21 Lupösen fünfmal zweifellose tuberkulöse Lungenerscheinungen, darunter zweimal beginnende, dreimal schwere Formen von Lungentuberkulose, zu konstatieren.

Aus dem Finsen-Institute Kopenhagens berichtet der derzeitige Leiter (seit 1905) Forchhammer über 800 Fälle von Lupus, unter denen bei 125 Kranken, d. i. 16 Prozent, gleichzeitig Lungentuberkulose nachgewiesen werden konnte, Möller aus dem Stockholmer Institut über 23 Fälle von Lungenaffektionen unter 79 Lupösen, d. i. also sogar über 30 Prozent seiner Statistik.

Wenn wir weiter bedenken, dass z. B. gerade die beginnenden und leicht übersehbaren Spitzenaffektionen von den hef-

tigsten Reaktionsbewegungen, insbesondere von Husten mit Expektoration von infektiösem Schleim, begleitet sind, so ist es ja klar, dass in den Lupusheilstätten und den dermatologischen Kliniken, natürlich auch in Spitälern überhaupt, gerade solche infektionsgefährliche Patienten nicht nur bei ihrem ersten Eintreffen im Warteraume, sondern während der ganzen Dauer ihrer oft vielmonatlichen ambulatorischen Behandlung zur Quelle der Gefahr für ihre Umgebung werden können, zu einer Gefahr für ihre zur Tuberkulose disponierten Begleitpersonen, aber auch für solche Leidensgefährten, welche wohl noch mit keiner Lungenaffektion, dagegen mit der entsprechenden Disposition dazu behaftet sind, zu einer Gefahr ferner für die in demselben Raume sich aufhaltenden Heilpersonen, Aerzte, vor allem aber die Wartepersonen, die sich nicht nur viele Stunden des Tages in demselben Luftraum bewegen, sondern auch vielfach den Hustenstössen und dem infektiösen Emanationskegel direkt ausgesetzt sind.

Habe ich bis jetzt zu zeigen versucht, dass erstens lupös-tuberkulöse Kranke an sich Infektionsstoffe verschiedener Art bergen, zweitens diese aber auch an die Aussenwelt und ihre Umgebung abgeben können, so gelange ich drittens zu der weiteren Frage: Auf welche Weise können derartige Infektionsstoffe die Umgebung gefährden?

Wir können wohl annehmen, dass ohne entsprechende Massnahmen die im Laufe der Tage sich in den Warte- und Behandlungsräumen ansammelnden Abfallstoffe der Haut durch die Luftbewegung in die Atemluft gelangen und dort ebenso wie die durch Hustenstösse expektorierten bazillenhältigen Auswurfpartikel eine für disponierte Personen nicht unbedenkliche Gefahr abgeben. Viel weniger von Belang sind natürlich die mit noch feuchtem Eiter und Blut getränkten und weggelegten Verbandstücke, Watte etc., da solchen Versehen selbst in Warteräumen durch entsprechende Strenge und Aufsicht vorgebaugt werden kann. Der in die Luft gelangte Infektionsstoff aber vermag, theoretisch genommen, gewiss auf doppelte Weise schädlich zu wirken:

Erstens durch Inhalation der im geschlossenen Luftraume befindlichen infektiösen Teilchen;

zweitens durch direkten und unmittelbaren Kontakt mit Wunden oder der gesunden, aber zufällig exkoriierten Haut, resp. Schleimhaut.

Ueber den ersten und gewiss weit wichtigeren Punkt habe ich heute nicht notwendig, mich näher auszusprechen, da ja dieser Teil der Frage identisch aufgefasst und behandelt werden kann und muss, wie für die Lungenheilstätten und schon von anderer, dazu mehr berufener Seite besprochen wurde.

Es soll demnach nur die zweite Frage, das Auftreten beziehungsweise die Möglichkeit der Entstehung der Impftuberkulose oder des Inokulationslupus betreffend, einer Erörterung unterzogen werden. Auch diese Frage erscheint mir ja praktisch gewiss keineswegs dringlich, denn wenn auch unsere Kenntnisse über Impftuberkulose und insbesondere über die Art des Zustandekommens von Lupus durch exogene Hautinfektion noch relativ dürftige und in manchen Punkten ungeklärte sind, so sind fast alle derartigen Fälle doch nur durch direkte und zugleich innige Berührung tuberkelbazillenhältiger Gegenstände, Hände, Operationsinstrumente, Fingernägel, Verbandstücke etc. mit offenen Wunden oder doch mit von Epithel entblössten Hautpartien zustande gekommen.

Solche Dinge aber erscheinen als seltene Zufälle, Ungehörigkeiten, als grobe Verstösse gegen die Antisepsis hier gar nicht diskutabel. Wenn wir ferner beispielsweise aus der Literatur entnehmen, dass Tätowierungen, subkutane Injektionen, Verletzungen mit verschiedenen infizierten Gegenständen, Zahnstochern etc., dass ferner operative Eingriffe, rituelle Circumcisionen, Impfungen mit Lmphe, das Ohrringestechen oder das Tragen fremder Ohrringe, dass der Gebrauch beschmutzter Sack- und Hand-

tücher, Kleider, Schuhe, dass selbst Bisse von Insekten und ähnliche Vorgänge zur Etablierung tuberkulöser Prozesse und auch des Lupus vulgaris an der Haut geführt haben, so sind doch solche Vorkommnisse gerade in gut geleiteten Anstalten im allgemeinen, zumal heute, wo man alle diese Tatsachen kennt, wohl leicht zu vermeiden oder doch nur das Resultat seltener unglücklicher Zufälle.

Einer innigen Berührung mit bazillenhaltigem Material sind doch nur die Patienten mit ihrem eigenen Sputum und allenfalls nur jene Personen des Aerzte- und Wartepersonals ausgesetzt, welche über die Konsequenzen jeder ihrer Handlungen genügend unterrichtet sind oder doch leicht sein können. Ebenso wie bei den Dienern an anatomischen Instituten oder bei den in Schlachthäusern beschäftigten Stemplern und Schlächtern kann hier durch nachdrückliche Belehrung das bekanntermassen ziemlich häufige Auftreten der tuberkulösen Warzen oder anderer Formen leicht verhütet werden, ja hier noch um so viel leichter, als das Bazillenmaterial, wie wir gesehen haben, in den menschlichen Lupusgeweben viel spärlicher, andererseits ausserdem die Möglichkeit zur sofortigen Waschung und gründlichen Desinfektion viel leichter gegeben ist als in Schlächtereien und Anatomien.

Anders steht die Frage, ob nicht offen getragene Exkoriationen, Reaktionsflächen bei nicht lupösen Hautkranken, granulierende Wunden, Ekzeme gerade in solchen Instituten unter dem Einflusse der mit Tuberkulosebazillen geschwängerten Atmosphäre oder selbst durch leichte, zufällige Berührungen mit Gegenständen, Händen etc., die Pforte für den Tuberkelbazillen abgeben und so der Sitz einer lupösen, tuberkulösen Affektion werden können. Auch für das Vorkommen dieser Entstehungsweise des Lupus gibt es heute bereits sehr viele und gewichtige Stimmen.

Verchère, Leloir, Wolters, Neisser, Jadassohn, Eddowes, Lassar und noch zahlreiche andere Autoren sind nach ihren eigenen Beobachtungen von dem relativ häufigen Zustandekommen des Lupus vulgaris auf diese exogene Weise überzeugt.

Selbstverständlich ist der Nachweis für einen solchen, sich der Beobachtung meist entziehenden Modus der Infektion, der keine nachdrückliche Einreibung oder Berührung mit dem Infektionsmateriale voraussetzt, niemals mit Bestimmtheit zu führen. Wenn beispielsweise angegeben wird, dass kleine, mit Ekzem behaftete Kinder durch das Spielen und Kriechen auf dem Erdboden Tuberkelbazillen von dem Fussboden auflesen — Schütz und Preissick haben, wenigstens in einem grossen Prozentsatz solcher Kinder, Tuberkelbazillen unter den Fingernägeln kulturell nachgewiesen — und so leicht mit Exkoriationen in Kontakt bringen, so passt auch diese gewiss sonst häufig vorkommende Infektionsart nicht ganz für unsere Frage, da mit Ekzem, Exkoriationen etc. behaftete Kinder oder Kranke, wenn dieselben in solchen Räumen überhaupt Aufnahme oder Aufenthalt nehmen dürfen, in solchen Behandlungsstätten doch wohl nur durch die in der Luft schwebenden Bakterien infiziert werden könnten. Ob aber auch ein solcher Infektionsmodus für sich allein ohne innigere Berührung der exkoriierten Fläche mit dem fixen Infektionsherde wirklich vorkommt, ist auch heute überhaupt noch eine offene Frage.

Prof. Fingers mündlicher Mitteilung verdanke ich folgenden Fall: Ein vierjähriges Kind, mit Ekzem rings um die Nase behaftet, von gesunden Eltern, wurde zu einem an Lungenphthise leidenden Mann aufs Land in Pflege gegeben, wo es vier Monate verweilte; nach der Rückkehr ins Elternhaus bemerkte man zwei auf Lupus verdächtige Knötchen auf dem Nasenrücken, deren Untersuchung nach Exzision durch Prof. Finger und Lukasiewicz jeden Zweifel über die Natur des Lupoms ausschliessen. Das Kind ist ein jetzt 18 Jahre altes Mädchen und blieb weiterhin auch völlig gesund. Der Infektionsmo-

dus blieb auch in diesem Falle ein nur wahrscheinlicher. Vielleicht war ein Kuss des oft sehr zärtlich werdenden Verwandten, vielleicht eine Berührung mit dem beschmutzten Finger oder endlich ein Hineingelangen von Tuberkelbazillen aus dem Luftraume, der durch den stark hustenden Phthisiker verunreinigt war, in eine zufällige Exkoration, Acnepustel etc. die Ursache der Infektion. Einen sicheren Schluss auf das Bestehen einer Luftinfektion lässt natürlich auch dieser Fall keineswegs zu.

Aus dem bisher Gesagten geht demnach hervor, dass an allen Orten, wo viele Hauttuberkulöse verpflegt werden oder auch nur länger verweilen, sich unter Umständen infektionsfähiges Materiale im Raume vorfinden kann und dass andererseits die umgebenden Personen, seien es andere nicht tuberkulöse Kranke, seien es Begleit-, Warte- und Heilpersonen, Tuberkulose erwerben können, dass aber in derartigen Instituten, wenn dieselben rationell angelegt, geräumig gebaut und sorgfältig geleitet und beaufsichtigt werden, die Gelegenheit und Häufigkeit von Infektionen gewiss eher noch geringer sind als in den Lungenheilstätten oder als in engen, mangelhaft geleiteten Spitalsabteilungen.

Aus dem Gesagten lassen sich also jedenfalls folgende prophylaktische Massnahmen zur Verhütung von Tuberkulose-Infektionen in dermatologischen Instituten empfehlen:

1. Die Sonderung evident infektiöser Kranker von den nicht infektiösen schon bei der Aufnahme durch eine genaue Untersuchung aller Organe, insbesondere der sichtbaren Schleimhäute und Lungen, sowie für den ganzen weiteren Verlauf der Beobachtung sowohl für stationäre als auch für ambulante Kranke und die Isolierung und Ausschaltung solcher Kranker von den übrigen Hauttuberkulösen durch deren Unterbringung in eigenen Sanatorien und Spitälern.

2. Die skrupulöse Reinigung sämmtlicher möglichst lichter und sonniger Warte- und Behandlungsräume, mindestens einmal täglich, womöglich öfters, durch ausgiebige Lüftung, Waschung des glatten Fussbodens und der ölbestrichenen Wände. Auch für den Fussboden ist bloss Stein, Linoleum oder Oelanstrich zulässig. Die Lüftung in Warte- und Behandlungsräumen geschehe durch grosse, rasch aufklappbare Fenster, mindestens die ganze Nacht hindurch und während aller Arbeitspausen [8]).

3. Die Behandlung aller infektionsgefährlichen, lungenkranken und hustenden Patienten in eigenen, wo möglich abseits von den Hauptbehandlungssälen liegenden Räumen und unter besonderen Vorsichtsmassregeln, und zwar bei Bedeckung der Mund- und Nasenöffnung mit feuchter Gaze, Gebrauch von Spuckfläschchen und, wo dies bei den Kranken nicht möglich ist, unter Anwendung von Respiratoren bei den behandelnden Personen, Ausschluss schwerer Lungenkranker von jeder Behandlung, welche ein längeres Verweilen innerhalb des Zerstreuungskegels der Exspirationsluft bedingt (wichtig bei der Finsen-Behandlung für die kontrollierende Wärterin).

4. Sorgfältigste Antisepsis beim Gebrauche von Instrumenten, Drucklinsen, dann Kopfpolsterüberzügen, Leintüchern etc.

5. Fernhaltung aller nicht tuberkulösen Kranken, Begleitpersonen und nicht beschäftigten Wartepersonen aus den Behandlungsräumen und möglichst auch von den Warte- und Anstalsräumen.

6. Besttunlicher Wechsel im Wartepersonal vor Eintreten der Ermüdung bei strengster Disziplin während der Ar-

[8]) Die speziell in öffentlichen Lupusheilstätten öfter gemachten Versuche, die Finsen-Behandlung im Freien mit Hilfe des Sonnenlichtes durchzuführen, scheiterten fast überall in grösseren Städten teils an den Witterungs- und klimatischen Verhältnissen teils an der Unvollkommenheit dieser Behandlungsart, so dass man allgemein, wenigstens in den nordischen und mitteleuropäischen Stationen, zur Anstaltsbehandlung in geschlossenen Räumen zurückgekommen ist.

beitsstunden und sorgfältiger Belehrung aller Beschäftigten in Bezug auf alle Entstehungsursachen der Tuberkulose und ihr Verhalten den Kranken gegenüber.

7. Absolutes Verbot des Schlafens in den Warte- und Arbeitsräumen.

8. Kranke mit exkoriierten Hautpartien, Wunden nichttuberkulöser Natur sollen in solchen Anstalten weder stationär untergebracht, noch mit den übrigen Kranken promiscue, sondern allenfalls in eigenen, ad hoc bestimmten Räumen behandelt werden.

Wenn auch einzelne der hier aufgezählten Postulate von mancher Seite als überflüssig und übertrieben aufgefasst werden könnten und die hier angeregte hygienische Fürsorge zur Vorbeugung, wie sie eigentlich sonst nur in Lungenheilstätten gebräuchlich ist, für Finsen-Institute und Ambulatorien auch vorderhand nur schwer und nur allmählich durchführbar sein wird, so hat der alte medizinische Erfahrungssatz: A potiori fiat denominatio, hier, auf die Hygiene angewendet, doch zu lauten: A potiori fiat praecautio. Wir müssen ebenso sehr damit rechnen, dass es auch in solchen Heilstätten einzelne, für Tuberkulose besonders disponierte Individuen aus dem Kreise des Wartepersonales oder der Aerzte etc. gibt, auf welche auch die minder infektiösen Abfallstoffe der Lupuskranken infektiös wirken können.

Die Zukunft aber wird gewiss Mittel und Wege finden, die vorgeschlagenen Massnahmen allmählich durchzuführen, und wir wollen hoffen, dass es nicht allzu lange dauern wird, dass wenigstens die öffentlichen Institute, Kliniken und Abteilungen dieser Art in die Lage versetzt werden, mit gutem Beispiele voranzugehen und dieselben sogar als ihre Mindestmassnahmen zu akzeptieren.

Versuche mit „Therapogen" in der chirurgischen Praxis und Hygiene.*

Von Sanitätsrat Dr. L. Fuerst-Berlin.

Die aus der Teerproduktion herrührenden Antiseptika haben, wie bekannt, zwei unangenehme Eigenschaften: sie ätzen mehr oder weniger und entwickeln einen starken, aufdringlichen, lange haftenden Geruch, gegen den viele Patienten eine förmliche Idiosynkrasie besitzen. Es interessierte mich deshalb, ein Desodorans und Desinfiziens kennen zu lernen, welches von diesen Schattenseiten frei ist, das „Therapogen", eine wasserlösliche Verbindung von ätherischen Oelen mit Derivaten der Naphthalingruppe, ein Präparat von ausgesprochen bakterizidem Charakter, dem aber weder eine Aetzwirkung noch ein übler Geruch anhaftet. Derselbe ist vielmehr leicht aromatisch und belästigt bei weitem weniger, als der der verseiften Phenole und Kresole. Da das Therapogen ausserdem ungiftig und in Wasser leicht opaleszierend, in Alkohol und Wasser (aa) völlig klar löslich ist, so schien es mir sehr erwünscht, damit eine Reihe von Versuchen beim Menschen anzustellen, nachdem es sich bereits in der Tiermedizin seit mehreren Jahren bewährt hatte. Zahlreiche Veterinärärzte und Vorstände von Tierarzneischulen, u. a. Flatten-Köln, Loske-Mecklenhorst, Sauvan-Stargard, Spaeth-Achern, Göhre-Grossenhain, Beschorner-Schwedt a. O., Tröster-Berlin, Uhlich-Riesa, Paszotta-Berlin-Halensee u. s. w. haben es bei den verschiedensten Krankheitszuständen der Nutz- und Haustiere mit bestem Erfolge angewendet. Eiternde, übelriechende Wunden und Katarrhe der Sexualorgane, Mauke, Nekrosen, Ekzeme, zersetzte Nachgeburtsreste, jauchige Metritiden,

*) Aus „Aerztliche Rundschau", 1905, No. 28.

kurz, die mannigfaltigsten, mit Fäulnis einhergehenden oder dazu neigenden pathologischen Zustände ergaben an Tieren, dass das Therapogen rasch desinfiziert und desodoriert.

Um systematische und eingehende Versuche in geeigneten Fällen anstellen zu können, erbat ich mir ein grösseres Quantum, als das mir zuerst zugesandte Musterfläschchen. Es wurde mir reichliches Material von Herrn Apotheker Max Dönhardt-Köln a. Rh. gratis zu Versuchszwecken überlassen, wofür ich demselben auch an dieser Stelle meinen Dank sage.

Das Therapogen ist eine dunkelbraune Flüssigkeit von ausgesprochenem, aber durchaus nicht widrigem, vielmehr angenehmem Geruch, zumal in der 3—5proz. wässerigen Lösung, in der es Anwendung findet. Seine antibakterielle Wirkung ist in dieser Konzentration eine zuverlässige. Als Paradigma hierfür dient bekanntlich die Abtötung der resistenten Milzbrandsporen. Eine 1proz. Therapogenlösung erzielt diesen Erfolg (nach Tröster) schon in 1 Stunde, während eine 3proz. Kreosinlösung hierzu 4 Stunden braucht (Fröhner), eine 3proz. Lysoformlösung 10 Stunden, eine 3proz. Karbollösung 24 Stunden. Typhusbazillen tötet eine 1proz. Therapogenlösung schon in 5 Minuten. Milzbrandbazillen in Glyzerin-Agar gingen durch eine 1proz. Lösung in 10 Minuten, durch eine 3proz. in 5 Minuten zugrunde; Rotzbazillen waren durch 1proz. Lösung nach 10 Minuten abgetötet. Beweist dies schon eine starke bakterizide Kraft, so geht dieselbe noch deutlicher aus den Untersuchungen Aufrechts hervor, welcher u. a. die Wirkung auf Diphtherie- und Tuberkulose-Bazillen feststellt. Einen interessanten Beleg für die tuberkulizide Wirkung finde ich in der Literatur verzeichnet. Der Veterinärarzt Angerstein-Gremsmühlen erlitt eine Stichverletzung an einem Finger bei Ausübung der Fleischbeschau, und zwar durch die Unvorsichtigkeit eines Gehilfen. Das Messer war mit Schweinetuberkulose verunreinigt; infolgedessen zeigte sich an der Wunde entzündliche Schwellung und Eiterung. Nach feuchten Verbänden mit Therapogenlösung heilte die Wunde, die unter anderen Umständen wohl der Ausgangspunkt einer Hauttuberkulose geworden wäre, tadellos. Eine 3proz. Lösung hemmte das Wachstum der Diphtheriebazillen beträchtlich, eine 5proz. unterdrückte es schon nach 5 Minuten vollkommen. Tuberkulosebazillen wurden durch eine 3proz. Lösung schon nach 5 Minuten abgetötet. Gelatineplatten mit Kulturen von Staphylo- und Streptokokken ergaben nach Uebergiessen mit 2proz. Lösung eine Abschwächung, mit 3proz. eine Abtötung der Eiterkokken. Abwässer, welche massenhafte Fäulnisbakterien enthielten, wurden durch 1proz. Therapogenlösung in 24 Stunden vollkommen steril. Zur Prüfung der Desodorationsfähigkeit wurden teils organische Säuren von spezifisch-penetrantem Geruch benutzt, wie Valeriansäure, Butter- und Isobuttersäure, teils Kakodyl und Kakodyloxyd, Schwefelwasserstoff, Chlor, Brom, schweflige Säure und andere anorganische Substanzen. In allen Fällen verdeckt die Therapogenlösung die so schwer vertilgbaren Gerüche dieser Stoffe erheblich.

Weitere Vorzüge der Therapogenlösungen dürften noch für die praktische Anwendung im Operationssaale und am Krankenbett die sein, dass sie die Instrumente nicht angreifen, die Hände nicht schlüpfrig machen, Eiweiss- und Peptonlösung nicht koagulieren und keinesfalls, selbst wenn sie von der Wunde aus resorbiert werden, toxisch wirken oder störende Nebenerscheinungen (Nierenreizung etc.) hervorrufen.

Nach alledem schien es mir gerechtfertigt, das Therapogen, nachdem es sich in der Veterinär-Medizin bewährt hatte, auch in der Human-Therapie anzuwenden. Ich habe es im Laufe des verflossenen Halbjahres bei folgenden Krankheitsformen, meist in 3proz. wässeriger Lösung, teils als feuchte Verbände, teils

als Irrigationen oder Tampons angewandt:

	Fälle.
Dekubitus	2
Variköse, veraltete Beingeschwüre	2
Karies (Fusswurzel)	1
Otorrhoe mit übelriechendem Ausfluss.	1
Intertrigo, z. Tl. mit Geschwürsbildung	3
Cervikal-Endometritis	2
Zersetzte Eihaut- und Deciduareste	2
Scheidenkatarrh, z. Tl. gonorrhoisch.	3

In allen diesen Fällen wurde die Anwendung reiz- und reaktionslos vertragen; die z. Tl. mit geronnenen, eitrigjauchigen Belägen bedeckten Wunden reinigten sich und zeigten bald gesunde Granulationen sowie Neigung zur Verheilung. Der üble Geruch verlor sich sehr schnell und kehrte nicht wieder. Die Injektion bei Mittelohr-Eiterung (1-proz. Lösung) wurde gut vertragen; das Sekret wurde spärlicher, blieb geruchfrei und machte den Patienten, der kaum noch mit anderen verkehren konnte, wieder gesellschaftsfähig. Die günstige desinfizierende, desodorierende und heilende Einwirkung auf veraltete Scheiden- und Uteruskatarrhe der Haustiere haben verschiedene Veterinär-Aerzte berichtet. Auch beim Menschen ergaben Versuche an der Bonner Frauenklinik gute Resultate. Ich selbst hatte nur in drei Fällen von übelriechendem, dicklich-eitrigem Scheiden- und Uteruskatarrh, der teilweise auf Gonorrhöe beruhte, Gelegenheit, Einspülungen und Tampons mit 3proz. Therapogen-Lösung anzuwenden und war von dem eklatanten Erfolge sehr befriedigt. Die intrauterine Anwendung (Spülung von 1proz. Lösung, Tamponade mit 2proz. Lösung) ergab einen glatten Heilungsvorgang bei völliger Desodoration. Beim Intertrigo heilten die Haut-Ulzerationen, die lange bestanden hatten, unter gleichzeitiger Besserung der Entzündung sowie des unausstehlichen Geruches nach Fett- und Buttersäure. In den Dekubitus-Fällen reinigten sich die tiefen Substanzverluste und die Symptome wurden für die Patienten viel erträglicher. Die Karies erforderte, nachdem die Desinfektion durch Injektion und Umschläge (2proz.) erfolgt war, noch eine Auskratzung der kariösen Partien mit dem scharfen Löffel; daran aber schloss sich die Heilung und glatte Vernarbung.

Ausser in diesen 16 Fällen habe ich noch in 3 Diphtheriefällen das Gurgelwasser in 5proz. Therapogenlösung spucken und in 5 Fällen von Tuberkulose die Speinäpfe mit der gleichen Lösung versehen lassen. Die Desinfektion und Desodorierung war eine vollkommen befriedigende, dabei aber der Geruch der Flüssigkeit viel weniger störend für die Umgebung, als dies bei den Phenolen der Fall ist. Schliesslich möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass ich in 3 Fällen von infektiösen Darmkatarrhen kleiner Kinder die sehr fäkulent, fast faulig riechenden Entleerungen mit 5-proz. Therapogen-Lösung begiessen liess, ehe sie in den Abort geschüttet wurden. Für solche Zwecke ist dieses Desinfiziens sehr geeignet; denn es trägt dazu bei, die infektiösen Dejekta zu sterilisieren, damit aber endemische Verbreitung pathogener Keime zu verhüten.

Um es kurz zu rekapitulieren, halte ich nach vorstehenden Versuchen die Einführung des Therapogens in die Therapie für durchaus indiziert und zweckmässig, vorausgesetzt, dass man in der Dosierung individualisiert und das Mittel in geeigneten Fällen anwendet, in denen man Wundreinigung mit Vertilgung putrider Gerüche verbinden will.

Feuilleton.

Biologische Mineralogie.*

Ein gewisser Julius Hensel, physiologischer Chemiker in Hermsdorf (Schlesien), kämpft in eigentümlicher Weise für die Anerkennung der Mineralstoffe des Blutes und Leibes als lebenswichtiger Substanz. Mit dieser Anerkennung soll der organischen Biologie, der Zellenlehre und der offiziellen Medizin überhaupt der Todesstoss versetzt worden. Hensel deduziert folgendermassen:

„Wie das Feste zu Geist oder Gas verrinnt", damit ist der Atemprozess gemeint, insofern die körperliche Gewebesubstanz, die im wesentlichen aus stickstoffhaltigen Kohlenwasserstoffen besteht, durch den oxydierenden Einfluss der mit dem Namen „Sauerstoff" belegten Lebensluft, die wir atmen, zu gasförmiger Kohlensäure und Wasserdunst nebst Stickstoff reduziert wird, aus welchen sie hervorgegangen ist.

„Wie das Geisterzeugte fest zu bewahren", sagt uns die Physiologie (Naturlehre), die in besonderer Anwendung auf tierische Leben auch Biologie (Lebenslehre) genannt wird.

„Ich muss doch leben", sagte der Kleiderlieferant zum Lord, der mit der Bezahlung zögerte. Er meinte damit, dass er sich ernähren müsse und, um Nahrung zu kaufen, Geld benötigte.

Wirklich sind „leben" und „sich ernähren" unter einem bestimmten Gesichtspunkt gleichbedeutende Begriffe, denn die Ernährung hat doch den Zweck, dass das Leben andaure, dass das Geist- oder Gas-Erzeugte vor zu schnellem Vergehen bewahrt bleibe.

Da hat nun ein medizinischer Gelehrter, der vor kurzem seine irdische Laufbahn beschloss, den Begriff des „Lebens" dahin festzulegen versucht, dass das Leben an die „Zelle" gebunden sei, weil die Zelle das letzte Formelement sei, das bei der Zergliederung eines organischen Gebildes mikroskopisch noch erkennbar sei, und weil eine vorhandene lebendige Zelle durch Aufnahme von weiterem Material dahin kommt, sich durch Teilung zu vermehren und weitere, mit einer selbstständigen Haut oder Hülle oder Wandung (Membran) versehene Zellen hervorzubringen. Hieraus zog der kurzsichtige Gelehrte den Schluss, dass jede Zelle aus einer anderen hervorgehe: „Omnis cellula e cellula".

Ich setzte als bekannt voraus, dass auch Darwin diesen Standpunkt einnahm und dass nach ihm das Wunder der erschaffenenen Lebewesen darin bestand, eine allererste „Zelle" zu Stande zu bringen. Es sei nun Aufgabe der Gelehrten, aus dieser ersten Zelle Gras und Kräuter, Strauchwerk und Waldbäume, Fliegen und Mücken, Vögel und Fische, Krokodile und Elefanten, Tiger, Löwen, Affen und Menschen sich entwickeln zu lassen.

Auf diesem Standpunkt steht die ganze Gelehrtenwelt, die dem Volk eigentlich Führer sein sollte, noch heute festgenagelt. Sie verbleibt blind gegenüber der Tatsache, dass das flüssige Eiweiss keinerlei Zellen aufweist, wohl aber Zellen hervorbringt. Auch der Magensaft, die Gallenflüssigkeit und der Bauchspeichel enthalten keine Formbestandteile (Zellen) und sind doch von sehr lebendiger Wirksamkeit. Auch das Schlangengift und das Impfgift weisen keine Zellen auf.

Insofern nun auf der Zellen-Theorie die Cellular-Pathologie begründet ward, die den Sitz und die Ursache der Krankheiten in die Zelle verlegte, in unlösbarem Widerspruch zur zellenfreien Gift-Impf-Lymphe, fällt es mir schwer, über die von den Medizinern an den Tag gelegte Vergötterung des Erfinders der Cellularpathologie keine Satire zu schreiben.

Die Ursache zu Erkrankungen ist vielmehr in der chemischen Beschaffenheit der formlosen Säfte (Lymphserum und

*) Aus Deutsche med. Presse, 1906. Nos. 15 u. 16.

Blutserum) gegeben, und wir müssen unbedingt auf die alte Humoral-Pathologie zurückgehen (humor = Flüssigkeit).

Aus der verschiedenen Beschaffenheit des Blutserums bei verschiedenen Menschen erklärt sich die Verschiedenheit der aus dem Blutserum erzeugten Verdauungssäfte (Magensaft, Galle und Bauchspeichel), die, entsprechend ihrer Eigenart, aus dem aufgenommenen Speisematerial wieder eigenartigen Chylus erzeugen, der dann naturgemäss Blut von der alten Beschaffenheit zur Folge hat, das einen ganz bestimmten körperlichen und seelischen Habitus bedingt. Wie weise! — Was sollte denn daraus werden, wenn alle Menschen den gleichen Geschmack, die gleiche Neigung, die gleiche geistige Befähigung, das gleiche Streben nach einem bestimmten Ziel bekundeten?

Indem der eine etwas erstrebt und Wert auf Dinge legt, die dem Anderen gleichgültig sind, stellt sich, im Ganzen genommen, ein zweckmässiger Abstand der Interessen-Sphären von einander ein, der ein friedfertiges Zusammenleben ermöglicht, und dies ist eben zurückzuführen auf eine Unendlichkeit kleiner Variationen in der Blutbeschaffenheit.

Wenn nun der Begriff des Lebens nicht an die „Zelle" gebunden ist, ist er vielleicht an das „Blut" gebunden? — Antwort: Nein! Denn das Blut ist ja erst das Produkt von anderen Faktoren. Wollen wir den Begriff des Lebens klar erfassen, so müssen wir nach dem allerersten Ursprung forschen.

Der nächste kleine Schritt nach diesem Ziel führt zum kugligen, wandungslosen Wassertropfen. Kein Tierleib, kein Pflanzenleib ist denkbar ohne Wasser. Tier- und Pflanzengestalten bestehen im Durchschnitt zu etwa drei Vierteln aus Wasser; auch vom Muskelfleisch bleibt nach dem Dörren nur der vierte Teil an Gewicht übrig.

Auf das Wasser unseren Blick heftend, kommen wir dem Begriff des „Lebens" schon ein gutes Stück näher, da doch das Wasser sichtbar Bewegung und Leben ermöglicht. Aber Wasser allein tut es freilich nicht, um solche Bauwerke wie die Riesen des Waldes oder den Elefantenleib hervorzubringen; es muss in dem Wasser etwas aufgelöst sein, das dem organischen Gebilde zum Gerüst oder zur Stütze zu dienen vermag, nämlich steiniges Material.

Erst das Felsgestein, das Urgestein, liefert die Möglichkeit zur Hervorbringung eines solchen Formenreichtums, wie die Pflanzen- und Tiergestalten uns vor Augen führen.

Mit der „Zelle" ist es nichts, aber mit dem Wassertropfen geht es an, den Ursprung alles Lebens zu erklären.

Wenn in eine Felsspalte der Regen eindringt, der aus der Atmosphäre Kohlensäure und Stickstoff aufgelöst enthält, so befruchtet, begattet er das Urgestein.

Alles Urgestein enthält in abwechselnden Verhältnissen und in abwechselnder Gruppierung die Potaschenbasis Kali, die Sodabasis Natron, neben Kalkerde, Bittererde, Eisen und Mangan, verbunden mit Kieselsäure Schwefel und Fluor, alles zusammen vereinigt mit phosphorsaurer Tonerde.

Die Kohlensäure des Regenwassers geht nun mit den basischen Felsbestandteilen Verbindungen ein, die als doppelkohlensaure Kalk- und Bittererde u. s. w. in Wasser klar auflöslich sind und in den mannigfachsten Gegenüberstellungen innerhalb des Wassertropfens, um ein Bild zu gebrauchen, gleichwie in einem Ballsaal, einen Contretanz aufführen. Damit beginnt das „Leben". Durch chemische Bindung des Stickstoffs kommt Pflanzeneiweiss zustande (Vgl. Hensel, „Brot aus Steinen durch mineralische Düngung der Felder") und es hängt lediglich von der Menge und Art, sowie von der besonderen symmetrischen Gruppierung der anteilnehmenden Mineralstoffe ab, ob unter dem Einfluss der elektrischen Sonnenstrahlen aus der Felsensubstanz eine Birke, Buche, Eiche, Fichte, Ahorn oder Linde oder Haidekraut zum Lichte emporstrebt.

Dass auf solche Weise ohne eine erste Darwinsche Zelle die Urwälder entstanden, unterliegt aus dem Grunde keinem Zweifel, weil auch heute noch auf diese Weise Bäume entstehen, wie im Gebirge Jeder beobachten kann, der überhaupt sehen will. Freilich: Einem, der nicht sehen will, helfen weder Licht noch Brill'.

Der Wassertropfen erklärt uns schon viel, indessen ist er doch noch nicht der letzte Ursprung, aus welchem das Leben quillt; wir müssen zu besserer Erkenntnis noch viel weiter zurückgehen, indem wir die Logik zu Hilfe nehmen. Manche sprechen statt dessen von „Phantasie", aber auch dieser Ausdruck ist akzeptabel, denn von der Phantasie hat Jemand mit Recht gesagt, dass sie das innere Auge sei; ein Mensch ohne Phantasie sei „seelenblind'.

Ich halte es mit der „Logik". Nämlich, gibt man zu, dass die gesamte körperliche Welt einstmals erschaffen worden oder entstanden sei, gleichgiltig vor wieviel Ewigkeiten, so war sie eben vorher nicht vorhanden; aber es wäre falsch, hieraus zu schliessen, dass sie aus dem Nichts entstanden sei. Das Richtige ist vielmehr, dass sie aus Nichtkörperlichem hervorging, folglich aus Geist.

Wie beseligend ist diese Erkenntnis! — Indem der schaffende Geist ohne Benutzung von körperlichem Material, weil ja eben solches noch nicht zur Verfügung stand, das unvermessliche Weltall mit sämtlichen Atomen erschuf, so sind eben diese Atome hervorgegangen aus der eigensten Wesenheit der schaffenden Allgewalt, und es bleibt uns nur übrig, in jedem einzelnen unsichtbaren Atom einen Bruchteil von lebendiger schöpferischer Gotteskraft verkörpert anzuerkennen, folglich den Atomen ein Selbstleben zuzugestehen.

O, grösstes aller Wunder! — Die Atome selbst sind unsichtbar. Noch kein Physiker oder Chemiker vermochte die Atome oder Tonen (oder Monaden, wie Leibniz sie nannte) zu schauen, sie sind und bleiben unsichtbar, aber die Gotteskraft lässt aus den unsichtbaren Atomen die sichtbaren und fühlbaren körperlichen Gebilde zusammentreten. Auf die Knie, ihr Zellularier!

Die Atome sind es, aus denen die Zelle hervorgeht, und weil die Atome beweglich und lebendig sind, to ist es freilich auch deren Produkt: die Zelle. Die Begriffe „Bewegung" und „Leben" sind gleichbedeutend. Damit stehen wir unmittelbar vor unserem Ziel, den Begriff „Leben" klar zu erkennen. Nämlich „sich bewegen" schliesst eine Ortsveränderung in sich, und da das Leben von den beweglichen Atomen ausgeht, die, ihrem geistigen Ursprung gemäss, absolut nicht in toter Ruhe zu verbleiben imstande sind, so fällt der Begriff „Leben" zusammen mit „unaufhörlichem Platzwechsel der Atome"

Keines verbleibt in derselben Gestalt.
Veränderung liebend,
Schafft die Natur stets neu aus anderen
andere Formen.
Wechsel und Tausch nur ist in der Form.
Entstehen und Werden
Heisst nur: anders als sonst anfangen
zu sein; und Vergehen:
Nicht mehr so sein wie zuvor. (Ovid).

Statt „Platzwechsel der Atome" hat bisher der Ausdruck „Stoffwechsel" Bürgerrecht gehabt, und dies leitet uns hinüber zum Thema „Ernährung".

Die Atmung ist, wie ich als allgemein bekannt voraussetze, ihrem Wesen nach ein chemischer Oxydations- oder Verbrennungs-Prozess unserer gesamten Leibessubstanz. Ob es sich um Gehirn oder Muskelfleisch, oder um drüsige Organe, Sehnen oder Knochen handelt, nichts bleibt in Folge seiner Lebenstätigkeit in der Substanz unverändert. Die der speziellen Form zu Grunde liegenden stickstoffhaltigen Kohlenwasserstoffe verlassen ihren Platz, indem sie durch den Sauerstoff des zirkulierenden Blutes zu Kohlensäure, Wasser, Stickstoff und Harnstoff oxydiert werden, die durch

Lungen und Nieren zur Ausscheidung gelangen, und der freigewordene Platz wird wieder ausgefüllt durch gleichartige Stickstoff-Kohlenwasserstoffe auf dem Wege der Ernährung.

Für die Brauchbarkeit zum steten Neubau und zum Instandhalten der tierischen Organe macht es keinen Unterschied, ob die wasserhältigen Stickstoff-Kohlenwasserstoffe, die zum Ersatz bestimmt sind, von Pflanzen oder von anderen Lebewesen herrühren. Ihre bewegliche Natur ermöglicht es, dass sie zu jeder Form modulierbar sind. Beispielsweise wird das nämliche Gras und Kraut von den Gänsen zu Gänsefleisch, vom Hammel zu Schaffleisch, von der Kuh zu Rindfleisch umgeformt, und das Huhn verwendet nicht blos Körnerfrucht, sondern auch Fleischabfall und Regenwürmer zur Fleisch- und Eierproduktion.

Was die Ernährung im allgemeinen betrifft, so ist eine Rücksichtnahme auf das Leben anderer Geschöpfe im Reich der Tiere nur ausnahmsweise erkennbar.

Sperling und Staar füttern ihre Jungen mit Gewürm; die Schwalbe fängt Mücken und andere fliegende Insekten; der Igel verzehrt Regenwürmer und Mäuse. Und die Menschen ernähren sich nicht blos vom Ackerbau, sondern auch durch Jagen und Fischen. Es sind eben Stickstoff-Kohlenwasserstoffe von der verschiedensten Herkunft verwendbar. Aber es wurde schon gesagt, dass die Stickstoff-Kohlenwasserstoffe nicht anders als mit mineralischer Substanz vereinigt Pflanzen- und Tierformen hervorbringen können, und es gebührt diesen mineralischen Stoffen als den beweglichen Trägern der Stickstoff-Kohlenwasserstoffe weit grössere Beachtung als den letzteren. Letztere sind aus allem und jedem Pflanzen- und Tiermaterial erhältlich, nicht aber die zu normaler Blutneubildung für uns Menschen erforderlichen Mineralstoffe.

Diese sind keine andere als die im Urgestein vorhandenen, die auch zum Aufbau der Waldbäume dienen.

Kali ist mit Phosphorsäure verbunden (durch Umsetzung von phosphorsaurer Tonerde mit kieselsaurem Kali aus dem Urgestein hervorgegangen) ebenso wie es im Getreidekorn vorhanden, so auch im Muskelfleisch die mineralische Grundlage.

Natron erfüllt die Mission, ebenso wie es den kalk- und bittererdehaltigen Käsestoff der Milch flüssig erhält, so auch das kalk- und bitterhaltige Blut vor allzuleichter Gerinnung zu schützen.

Schwefeleisen und Mangan sind den roten Blutscheibchen eigentümlich.

Phosphorsaure Kalk- und Bittererde verleihen im Verein mit Fluorkalzium den Knochen und Zähnen erwünschte Festigkeit.

Kieselsäure, die etwa den fünfzigsten Teil von der Asche ausmacht, die vom Muskelfleisch übrigbleibt, wirkt als Isolator die elektrische Spannung der Nerven unterhaltend, welche den Muskel durchziehen und ihn in Bewegung setzen.

Auch von Thonerde, diesem letzten dem Urgestein eigenem Bestandteile, finden sich Spuren in der Knochenasche vor, so dass ich glaube, weil gewisse Völkerschaften zur heissen Jahreszeit eine eisenhaltige Thonerde verschlingen, die sie vor Fieber und Blutentmischungs-Krankheiten bewährt, dass auch der Thonerde eine bis dahin nicht erkannte gesunderhaltende Rolle zukommt, was bei Darstellung von Nährsalz-Mischungen Beachtung verdient.

Genug, sämtliche Urgesteins-Bestandteile finden sich auch in der Leibessubstanz der Säugetiere vor, und es kann kein voller harmonischer Akkord andauern, wenn nicht im Masse der Veratmung vollständiger Ersatz durch die Nährmittel stattfindet.

Von welcher Art und in welcher Menge die tägliche Versorgung mit Mineralsubstanz erfolgen muss, ergibt sich aus der Analyse des Harnsekrets. Dieses weist in der Menge von 1½ Litern, als dem binnen 24 Stunden entleerten Durchschnittsquantum, abgesehen von Kochsalz, etwa 35 Gramm Harnstoff

auf, die den Ueberrest bilden von kohlenwasserstoff-kohlensaurem Ammoniak (Leimsüss), das allen Géweben zu Grunde liegt. Ausserdem sind von Mineralstoffen zugegen: zirka 4 Gramm schwefelsaure Alkalien (Kali und Natron), mehr als 1 Gramm phosphorsaure Kalk- und Bittererde und kleinere Mengen von Eisen und den übrigen Mineralstoffen.

Zwar wird von einigen Seiten geschlusfolgert, dass diese Mineralstoffe und Salze dem Organismus nicht von Nutzen sein können, da er sich doch ihrer entledigt, aber ihre Entledigung erfolgt ja nur darum, weil sie die chemische Bindung mit Leimsüss und dadurch den Zusammenhang mit der organischen Leibessubstanz verloren haben. Es leuchtet wohl ein, dass sie in der gleichen Art und Menge, wie sie täglich abhanden kommen, auch wieder ersetzt werden müssen, wenn nicht die Körperteile, von denen sie herstammen, allmälig ihre Festigkeit, Haltbarkeit und Leistungsfähigkeit einbüssen sollen.

Beispielsweise hängt der Widerstand der Knochen gegen Bruch von dem Gehalt an phosphorsaurer Bittererde ab, die mit dem Ammoniak, welches intramolekular im Knochenleim und im Zahnzement enthalten ist, kompakte phosphorsaure Ammoniak-Magnesia erzeugt. Je mehr phosphorsaure Magnesia (Bittererde) mit der Leimsubstanz verbunden ist, um so härter, um so fester, um so dauerhafter ist das Produkt, wie folgende Beispiele ergeben.

Die Tierknochen enthalten durchschnittlich etwa zur Hälfte Knochenleim, die andere Hälfte ist phosphorsaurer Kalk, also von letzterem etwa 50 Prozent. Aber ausserdem enthalten sie noch nahezu 1 Prozent phosphorsaure Magnesia, und eben diese bewirkt die Festigkeit, so dass Knochenerweichung nicht geheilt werden kann durch Darreichung von blossem phosphorsauren Kalk, wohl aber durch phosphorsauren Kalk, der zugleich phosphorsaure Magnesia enthält.

Unsere Zähne sind härter als die Knochen, weil sie 1½ Prozent also ½ Prozent phosphorsaure Magnesia mehr enthalten als die Knochen. Hieraus erklärt es sich, dass man bei Ausgrabung von Totenschädeln zwar die Kieferknochen morsch und verwest, aber die Zähne noch ziemlich erhalten findet.

Weiter: Elefantenzähne enthalten 2 Prozent phosphorsaure Magnesia und die daraus hergestellten Billardbälle sind für alle Zeit unverweslich.

Endlich die Zähne von Hunden, Ebern, Bären, Tigern, Löwen, Hyänen u. s. w. enthalten nahezu 5 Prozent phosphorsaure Magnesia, und darum zermalmen sie die gewöhnlichen Tierknochen, ohne Schaden zu leiden.

Im Kontrast hierzu stehen die Wirbelsäule-Verkrümmungen und das frühzeitige Nötigwerden künstlicher Gebisse bei unseren Töchtern, seitdem die Düngerprofessoren die Lehre aufstellten, dass nicht zermahlenes Urgestein anzuwenden sei, um den ausgesogenen Ackerflächen neue Fruchtbarkeit zu verschaffen, sondern blos Kali, Phosphorsäure und Stickstoff. Von der Magnesia, ohne welche die formlosen weissen Blutkörper nicht umwandelbar sind zu den geformten Blutscheibchen, hat bisher noch niemals und nirgends ein Düngerprofesor etwas zu sagen gewusst. Auch nicht vom Schwefel, welchen die Sehnen, der Darm und alles leimgebende Bindegewebe, ebenso der Blutleim, der Knochen- und Knorpelleim mit Notwendigkeit bedürfen.

Nun unterliegt es ja keinem Zweifel, dass alle zur Blutneubildung erforderlichen Mineralstoffe durch gesunde Nahrungsmittel wiederzuerlangen sind, so durch urgebirgserzeugte Kartoffeln, ferner durch Rüben, Gemüse, Nüsse, Mandeln, Mohnsamen, Milch und Obst. Aber gewisse Nährmittel enthalten so unzulängliche Mengen von mineralischer Substanz, dass die Völkerschaften, die sich vorwiegend davon ernähren, überaus leicht dem chemischen Zerfall von Blut und Lymphsaft unterworfen sind, der zu Tage tritt als Cholera, Aussatz (Lepra)

und Beulenpest, zumal in heissen Klimaten, wo die erhöhte Luftwärme schon an und für sich zu Blutentmischungskrankheiten Anlass gibt. Es genügt, in dieser Hinsicht auf die vorzugsweise von erdenarmem Reis lebenden Inder hinzuweisen, ferner auf die wesentlich von Maisbrot sich ernährenden und deshalb von Pellagra heimgesuchten Bewohner einiger italienischer Bezirke (Mais enthält nur 1¼ Prozent mineralischer Subsatnz, während 3 Prozent die Regel bilden sollen) und auf unsere von Lepra befallenen nordischen Strandbewohner, die sich hauptsächlich von Fischen ernähren und deshalb Mangel leiden an Eisen im Blute, sowie an Kalk und Bittererde, da Dorsche und Heringe keine Knochen, sondern nur Knorpel besitzen.

Bei uns Mitteleuropäern sind vorwiegend solche Individuen von Erkrankung bedroht, die dem Bratenfleisch nebst Bier- und Weingenuss vor Kartoffeln und Milch den Vorzug geben.

Im Fleisch, Wein und Bier fehlt es an Kalkerde, Bittererde und Schwefel. In Folge dessen werden immer weniger von den Sauerstoff absorbierenden roten Blutscheibchen zum Ersatz für die veratmeten neugebildet, sodass schliesslich im Blute Sauerstoffmangel herrscht, einhergehend mit Kohlensäureüberladung und ausgehend in Leberleiden. Die Entstehungsursache liegt darin, dass nicht genug Sauerstoffblut herbeikommt, um die Substanz der dreierlei Nervenverzweigungen, die in der Leber zusammentreffen (Sympathikus, Phrenikus und Pneumogastrikus), zu oxydieren. Von solcher Oxydierung ist die hohe Temperatur abhängig, die der Leberdrüse, als heissestem Organ unseres Körpers, zu eigen ist, und welche allein die Abscheidung von verdauungskräftiger Galle aus dem Pfortaderblut ermöglicht.

Ist es hiernach zu verwundern, da von mineralreicher Nahrung die Neubildung roter Blutscheibchen abhängt, wenn unsere mineralienverarmten Nährmittel zur Folge haben, dass von 4 Kranken mindestens einer leberleidend befunden wird?

Allerdings soll der Vollständigkeit wegen nicht ungesagt bleiben, dass auch Tabakrauchen zu Leberleiden den Grund legen kann, wie nicht minder zu Lungenleiden und Schwindsucht. Dies beruht auf der Eigenschaft des Cyanammonium, das im Nikotin enthalten, mit dem Bluteisen eine chemische Verbindung einzugehen, die unfähig ist, den geatmeten Sauerstoff festzuhalten. Hierunter leidet die Nährstoff-Assimilation, da auch die Eingeweidenerven Sauerstoffblut benötigen, um die Neubildungsprozesse zu ermöglichen, und als Ursache zu solchem Sauerstoffmangel kommen wir immer wieder auf unzulänglich gewordene Zahl der mineralstoffbedürftigen roten Blutscheibchen zurück.

Nun lehrt die Erfahrung, dass man bei ungekünstelter Ernährungsweise, bei körperlicher Tätigkeit in kühler, staubfreier Luft und bei Fernhaltung von Leidenschaften und Aufregungen, die das Nervenmaterial angreifen, ohne Arzt und Arznei gesund bleiben, zufrieden leben und ein hohes Lebensalter erreichen kann. Es sind dafür genug Beispiele bekannt aus den skandinavischen Ländern, aus Irland, aus Russland, aus der Schweiz, aus Oesterreich und Ungarn. Und auch aus dem deutschen Reich registrieren die Zeitungen jedes Jahr Fälle von besonderer Langlebigkeit.

Prüft man nun genauer, welche Bedingungen für die Langlebigkeit günstig sind, so findet man, dass die Lebenskraft am längsten andauert bei sogenannter dürftiger Ernährung. Diese dürftigen Nährmittel näher in's Auge fassend, gelangen wir zu der Erkenntnis, dass darin ein grösserer Reichtum und eine grössere Mannigfaltigkeit an physiologischen Mineralstoffen obwaltet, als in der für besonders nahrhaft gehaltenen Fleischkost. H u f e l a n d berichtet von einem weit über 100 Jahre alt gewordenen Mann, der sich hauptsächlich von Buchweizengrütze ernährte, und Buchweizen

enthält 3 mal soviel phosphorsaure Magnesia als phosphorsauren Kalk, eine Bestätigung der wichtigen Rolle, welche der Bittererde (Magnesia) zugeteilt ist in Bezug auf Neubildung roter Blutscheibchen und Festigung aller Gewebe, einschliesslich des Knochengewebes.

Genug, es kann aus minderwertigem Nährmaterial, in welchem beispielsweise Schwefel, Mangan, Fluor und Bittererde fehlen, kein vollkräftiges Blut erzeugt werden. So erklärt es sich, dass Leute, welche dem Bratenfleisch und dem Weingenuss zugetan sind, immer mehr an roten Blutscheibchen verarmen, je älter sie werden, und in gewissem Lebensstadium unfehlbar von Rheumatismus geplagt werden, der seine Ursache hat in Verstopfung der feinen Blutkapillaren durch ausgeschiedenes Fibrin in Folge von Blutstauung wegen Unzulänglichkeit des blutumtreibenden Sauerstoffs.

Einem solchen Zustand kann vorgebeugt werden durch Nährsalze, die dem Mineraliengehalt des gesunden Blutes entsprechen, wenn solche Nährsalze in der Menge von täglich dreimal einem halben Teelöffel voll zu einem Teller Milch-, Mehl- oder Brühsuppe oder zu einem Teller Gemüse beigegeben werden. Durch den Glykokollgehalt der Galle und des pankreatischen Saftes werden diese Mineralstoffe im Duodenum organisch gebunden und für die Chylusgefässe in ganz gleicher Weise resorbierbar wie die blutnormalisierenden Mineralstoffe des Karlsbader Wassers und anderer Gesundbrunnen. Sie beugen nicht blos dem Rheumatismus vor, sondern auch der Fettsucht, der Zuckerruhr, der Abzehrung und den mancherlei, durch Kraftlosigkeit und Gemütsdepression charakterisierten Zuständen, und es spricht deutlich genug für ein selbstständiges Leben auch der mineralischen Atome, dass sie, gleich eingeschulten Kavalleriepferden, die den ungeübten Rekruten richtig in Reih und Glied bringen, mit den ihnen verbundenen Stickstoff-Kohlenwasserstoffen genau die durch den Stoffverbrauch freigewordenen Plätze einnehmen und bei jugendlichen Organismen an den richtigen Stellen Stoffzufuhr und Wachstum bewirken. Dies gilt nicht blos für die Tiergestalten, sondern auch im Pflanzenreich.

Zu jedem Apfel, zu jeder Birne, überhaupt zu jeder Frucht bewegt sich mit dem aufsteigenden Saft, dank dem durch Stamm, Aeste und Zweige gleichformig verteilten elektrischen Strom, den die Erde liefert, ein so genau abgewogenes Quantum von phosphorsaurer, schwefelsaurer, kohlensaurer und kieselsaurer Kalk- und Bittererde, Kali und Natron, dass alle Früchte die gleiche Form erlangen und zu gleicher Zeit reif werden, soweit nicht Verschiedenheit in der Belichtung der Zweige und Blätter eine gewisse Abweichung zur Folge hat. Es waltet eben allerwegen in den Atomen die schaffende Gotteskraft, und gerade der Landwirt, dem städtischen Menschengetriebe entrückt, befindet sich beim Anschauen der blühenden Erde unmittelbar der allgegenwärtig schaffenden Gotteskraft gegenüber, beständig in Gottes Nähe, folglich in der denkbar besten Gesellschaft, und keineswegs vereinsamt.

Mir bleibt blos noch übrig, an dieser Stelle die so oft an mich gerichtete Frage zu beantworten, wie ich mich zur vegetarischen Ernährungsweise stelle. Zwar habe ich schon bemerkt, dass die Stickstoff-Kohlenwasserstoffe von jeder Herkunft den Zweck erfüllen, unsere Leibessubstanz zu ergänzen, wenn sie zugleich die geeigneten Mineralstoffe herbeibringen, indessen kann ich mich noch etwas genauer erklären. Und so sage ich denn, dass Eier und Milch nebst Kartoffeln u. s. w. ganz wohl das stickstoffreiche Fleisch zu ersetzen vermögen, aber es lässt sich auch gegen den Fleischgenuss nichts einwenden, wenn zugleich damit die mineralstoffreiche Kartoffel in genügender Menge Berücksichtigung findet.

Der natürliche Abscheu empfindsamer Gemüter vor dem Tiermord ist ja vollkommen begreiflich, und ich selbst, wenn ich den Hammel persönlich schlachten

sollte, würde entschieden auf seine gebratene Keule verzichten, aber, nachdem er einmal geschlachtet worden, bedarf er keines Mitleids mehr, denn nunmehr sind es ja nur die allgemein verfügbaren Stickstoff-Kohlenwasserstoffe, um die es sich handelt. Ebenso verhält es sich mit Karpfen, Hechten, Forellen und Heringen, Hühnern und Tauben. Soll die sich ständig vermehrende Menschheit die Tierwelt sich unbeschränkt vermehren lassen, so dass endlich die Büffel uns den Nährstoff fortnehmen? — Ist es nicht durch die Selbsterhaltung geboten, die Büffel zu verspeisen?

Und nun ist der Gegenstand auch noch von einem anderen Gesichtspunkte zu betrachten:

Ich will zunächst daran erinnern, dass manche Wilden das Herz ihres mutigen Feindes verspeisen in der Meinung, sich dessen Tapferkeit dadurch anzuessen. Sodann als Variation desselben Gedankens beurteile ich die Darreichung der Hostie mit der symbolischen Bedeutung, dass der Empfangende so sündenrein werde wie der Stifter der christlichen Konfession. Und endlich kehre ich zum Ausgang zurück. Nachdem ich sämtliche vorhandenen Atome als Emanation des göttlichen Wesens erkennen musste, kann es keinen Unterschied machen, ob ich einen Apfel oder ein Beefsteak geniesse. Ich verspeise in beiden Fällen etwas von Gott Stammendes. Ich verspeise meinen Herrgott, der darum nicht weniger wird, denn die unvergänglichen Atome nehmen ja nur einen anderen Platz ein, und wir sind und bleiben alle miteinander von Gott erschaffene Wesen, Gottes Kinder. Gibt es noch etwas Weihevolleres als die Vorstellung, dass lediglich durch den Platzwechsel der unsterblichen Atome die Gotteskraft, damit wir eine Zeitlang uns ihrer Allgegenwart erfreuen, unaufhörlich sich selbst uns zur Speise gibt?—

* * *

Wir sind soweit Hensel's kühner, aber keineswegs geistloser Darstellung gefolgt. Nun krönt aber H. sein Werk durch einen Epilog, dessen Kraftstellen entschieden humoristisch wirken; so heisst es:

Nachdem wir, statt vor der „Zelle" Halt zu machen, bis zur „Quelle" vorschritten, werden fernerhin alle Lebensvorgänge ohne sonderliche Mühe verständlich, und das medizinische Wissenschaftswasser, das in Folge der Zellularpathologie und der Bazillen so bedauerlich trübe und unklar fliesst, wird, aus ursprünglicher reiner Bergquelle geschöpft, fernerhin keine Schlamm- und Klärbecken mehr benötigen. Mit den natürlichen Heilfaktoren (Bewegung im Tageslicht, Ruhe und Schlaf zur Nachtzeit, Atmung kühler, staub- und dunstfreier Luft, zweckmässige Ernährung und nervenstärkendes Gottvertrauen) wird der Heilenwollende mehr Erfolge haben als mit lateinischen und griechischen Maskeraden und mit dem ganzen Sumpf von ebenso unverständlichen wie unverstandenen Kunstausdrücken in deutscher Sprache, welche im Schwange sind für die anormale Platzveränderung der Atome als Folge von ungenügender Mineralstoffbeigabe oder von ungenügendem Wassergehalt.

Das jedem Menschen eingeborene Mitgefühl mit seinesgleichen, welches unzertrennlich ist von der Hilfsbereitschaft, d. h. von der Bereitschaft zur Abhilfe von Uebelständen, Unzuträglichkeiten, Beschwerlichkeiten und Bedrängnissen, gleichviel auf welchem Gebiet, schliesst zugleich in sich die spezielle Heilbeflissenheit, entspringend aus dem ernstlichen Wunsch, körperlichen Beschwerden unseres Nächsten abzuhelfen und darum Sorge zu tragen (Sorge = cura), also Kurieren.

Auf diesem Gebiet sind im Lauf der Jahrhunderte wertvolle Erfahrungen gesammelt und zum Allgemeingut geworden, so dass man nicht begreift, wie deren Anwendung und Ausnutzung so lange erschwert und behindert werden durfte durch die selbstsüchtigen Interessen Solcher, die da vermeinen, dass die Sorge um kranke Mitmenschen ihnen als

ausschliessliche Domäne gebühre, die ihnen zugleich Ansehen und Geld eintragen müsse. Indem solche Praktikanten Verwaltungs- und Gerichtsbehörden zur Verfolgung der unbequemen Mithelfer in Anspruch nahmen, bewiesen sie, dass das edelste Motiv, das Mitleid, ihnen abhanden gekommen.

Ist das nun anders geworden, seitdem wir die Kurierfreiheit haben? — Im Gegenteil, die Erbitterung gegen Alle, welche nicht griechische Vokabeln, sondern die natürlichen Heilfaktoren in Anwendung bringen, hat die selbstsüchtigen Fanatiker, die ihren Futternapf bedroht sehen, zu allerlei Manövern veranlasst, um die Kurierfreiheit wieder rückgängig zu machen. Aber das geht nicht an, oder: Das Volk steht auf, der Sturm bricht los, nachdem seit mehr als 30 Jahren die Druckerschwärze genug Aufklärung geschaffen.

Auch in diesem Zeitraum grossgezogene Bazillen-Suche-Seuche konnte der Schulmedizin das verlorene Terrain nicht zurückgewinnen, hat vielmehr nur dahin geführt, dass die Laienpraktiker um so unbestrittener sich die Grundsätze des Hippokrates zu eigen machten, dessen Jünger und Nachfolger früher sich so gern die Schulmediziner nannten, obgleich Hippokrates weder mit dem Doktortitel renommieren konnte noch sonst einen „gradus" besass. Er war auch kein diplomierter Kurpfuscher, der altersschwachem, an roten Blutscheibchen und Sauerstoff verarmten Blut durch Morphium, Digitalis und Strophantus anstatt mit Eisen, Schwefel, Kalk- und Bittererde aufhelfen zu können vermeinte. Die wirklichen Nachfolger und Erben des Hippokrates sind unsere heutigen Naturheilbeflissenen. Was der deutschen Schulmedizin vom Hippokrates noch übrig geblieben, ist nur die „facies Hippocratica", das Sterbegesicht, das ihr aufgeprägt ist. In Paris und Neapel sind schon zwei Totengräber eifrig bei der Arbeit, für die spitze Sterbenase und für die Bazillen das Grab zu schaufeln.

In seiner „Leçon d'ouverture du Cours de Minéralogie biologique, Semestre d'été 1902, faite à l'école pratique de la Faculté de Médecine le 15. Avril 1902, stellt Dr. Glaube in Paris folgende Sätze auf:

„Dass mineralische Substanz dem organischen Leben zur Stütze dient, unterliegt keinem Zweifel. Aber sie ist nicht blos ein unbeweglicher Träger, über welchem das organische Gebilde errichtet ist, sondern sie ist die eigentliche Grundlage und das bewegliche des lebendigen Körpers. Gegen die Wichtigkeit der mineralischen Substanz tritt diejenige des stickstoffhaltigen Materials (des Fleisches) zurück, welches seine Existenzfähigkeit erst den mineralischen Stoffen verdankt.

„Nach Allem kann es solange keine wissenschaftliche Lebens-Chemie geben, als sie nicht Fuss fasst auf der Lehre, die ich bemüht bin nach meinem schwachen Mitteln und meinen schwachen Hilfsquellen anzubahnen: die biologische Mineralogie. „Die mineralische Substanz ist tatsächlich die innerste Ursache sämtlicher in das Gebiet der speziellen Lebenschemie einschlagenden Naturvorgänge."

Dem Dr. Glaube in Paris sekundiert Prof. Dr. Otto von Schroen in Neapel mit seiner „Biologia minerale".

Die alte Medizin in Deutschland röchelt im Todeskampf, weil sie kein neues Leben schöpfte aus meinem Buch: „Das Leben. Seine Grundlagen und die Mittel zu seiner Erhaltung". Ich habe darin die Mineralstoffe so vornehmlich reden lassen, dass man es in Amerika gehört und verstanden hat und auch im deutschen Reich; aber unsere jüngeren Schulmediziner, um nicht boykottiert zu werden, wagten bisher doch nur in der Stille, daraus Nutzen zu ziehen. Um so grösseren Gewinn davon haben in Folge dessen die offenkundig wirkenden Naturheilbeflissenen. Die physiologischen Mineralstoffe haben festen Sitz und Stimme erlangt.

„Saxa Coquntur."

Die Bedeutung der Nährsalze wird soweit uns bekannt, auch von der offiziellen Medizin jetzt gewürdigt, wie ja auch Karlsbader Wasser von Aertzen verordnet zu werden pflegt. Neu ist nur die Verquickung der Mineralchemie mit theologischen Vorstellungen; die ans Pathologische grenzende Ueberhebung gegenüber der offiziellen Medizin hat einen verdächtigen Beiklang von Geschäfts-Enthusiasmus.

K. G.

Sitzungsberichte

Sitzung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 16. November 1905.

Diskussion zu Dr. Croftan's Vortrag: Kalkausscheidung bei Tuberkulose.

Dr. Gray: Ist eine einfache Analyse für Kalksalze ausgearbeitet worden? Michelazzi hat Hunde infiziert und mit Kalksalzen behandelt. Bei der Sektion sind eine Anzahl von tuberkulösen Foci verkalkt gefunden worden; die Tiere waren abser sonst gesund, während Kontrolltiere prompt eingingen.

Dr. G. Schirmer: Sind nur mit Kalksalzen oder auch mit anderen Mineralien Erfolge erzielt worden? In Schlesien werden Silikate als Geheimmittel verkauft, welche guten Einfluss auf die Menge und Beschaffenheit des Auswurfs haben sollen.

Dr. Croftan: Eine einfache Analyse auf Kalksalze gibt es nicht, sondern eine solche nimmt immer zwei Tage in Anspruch. Therapeutische Schlüsse sollen keine gezogen werden, bevor tausend Fälle behandelt sind.

Zu Dr. Ries's Vortrag über seine **Erfahrungen an der Bier'schen Klinik** spricht Dr. C. Beck:

Dass die Stauung günstigen Einfluss auf Tuberkulose hat, geht aus dem lange bekannten Faktum hervor, dass bei Herzfehlern selten Tuberkulose der Lungen gefunden wird. Hingegen geben nicht alle tuberkulösen Gelenke gute Resultate. Sogar bei akuten Entzündungen lässt das Verfahren oft im Stich. Bei Furunkeln hat Dr. Beck oft einen Ring von Kollodium benutzt, und war überrascht zu finden, dass der Furunkel schon nach Stunden schmerzlos war. Auch der nekrotische Pfropf hat sich nach wenigen Tagen schon gelöst. Das Ansaugen kann man als aktive Drainage ansehen, und es ist klar, dass diese vor der passiven Vorzüge hat. Wie wird sie sich aber in der abdominalen Chirurgie verwenden lassen? Oft helfen ja schon verschiedene Lagerungen. Dr. Fischkin: Bei Epididymitis wurden Pflasterverbände und Kollodium um den Hodensack gelegt. Beide wurden mit wechselndem Erfolg auch bei Erysipel gebraucht.

Dr. Holinger: In der otologischen Literatur wird mehrfach von Erfolgen der Blutstauung im Kopf bei akuten Otitiden und frischen Mastoiditiden gesprochen. Es ist auch erklärlich, dass durch den höheren Druck kleinste Knochengefässe, welche durch Koagula oder Bakterien- oder Kokkenhaufen verstopft sind, wieder wegsam werden; aber wenn es einmal zur Demarkation mit Sequester gekommen ist, wird auch die Stauung nicht mehr eine Operation vermeiden können. Ob es aber ratsam ist, überhaupt in allen frischen Fällen zu stauen? Können wir mit der Stauung auch den Druck in der Cerebrospinalhöhle erhöhen? Wenn nicht, so werden wir in den Fällen mit Fenster in der hinteren Pyramidenwand oder Nekrosen den Eiter aus den Mastoidzellen nach der Dura und dem Sinus hin, im Mittelohr nach den Labyrinthfenstern hin stauen; denn das sind dann die einzigen elastischen Widerstände, alles andere ist Knochen.

Dr. Wachenfeld (Bad Nauheim) als Gast: Im Stadium, in dem eine Entzündung noch nicht abgeschlossen

ist, kann man durch vermehrte Durchströmung noch Resorption, erwarten, nicht aber wenn eine Abszesswand sich gebildet hat. Dr. Wachenfeld hat bei einem Oedem der Beine, das jahrelanger Behandlung trotzte, durch permanente warme Bäder gute Resultate gesehen.

Dr. Schmauch: In der Gynäkologie sind komische Resultate zu Tage gefördert worden. Durch hornartige Instrumente wurde am Uterus gezogen. Die einzige, aber auch prompteste Wirkung war, Abort herbeizuführen.

Dr. Ries schliesst die Diskussion: Nicht überall sind die Resultate wie in Bier's Klinik; z. B. in Bergmann's Klinik sind sie gleich Null. Oft ist mangelhafte Technik, oft mangelnde Ausdauer schuld. Akute Mastoiditis wurde behandelt mit einem Gummiband um den Hals, bis das Gesicht rot, sogar blau wurde. In späteren Stadien wurde operirt. Bier giebt keine Theorien und Erklärungen. Oft wird durch Saugen gar nichts entfernt, also keine Drainage. Hyperaemie wurde lange schon benutzt bei Kataplasmen und Zugpflaster. Kollodiumringe bei Erysipel verursachen keine Stauung.

Sitzung vom 21. Dezember 1905.

Dr. A. Klebs beschreibt einen Fall von **Larynxtuberkulose,** den der intelligente Patient mit gutem Resultate selbst behandelte, indem er mittels Megaphon und Kehlkopfspiegel die Sonnenstrahlen in den Kehlkopf leitete.

Dr. A. Decker berichtet über einen in der „Berliner klinischen Wochenschrift" beschriebenen Fall von **Sonnenlichtwirkung.** Ein Arzt, der im vorigen Dezember im Hochgebirge in der Nähe des Genfersees tägliche Spaziergänge machte, bemerkte nach einigen Wochen, dass ein Epitheliom der Ohrmusckel, das er nach seiner Rückkehr ausschneiden lassen wollte, sich teilweise herausschälte und nach weiterer mehrwöchiger bewusster Radiation bis auf einen kleinen Rest verschwand. Dr. A. Strauch: Akne vulgaris verschwindet in den Tropen, und kommt bei Bewohnern der Tropen fast gar nicht vor. Die Ursache ist zweifelsohne das Sonnenlicht.

Diskussion zu Dr. A. Klebs' Vortrag: **Behring's neues Tuberkulosemittel:**

Dr. Gradle: Hat Behring auch an Menschen gearbeitet?

Dr. A. Klebs verneint, mit der einzigen Ausnahme, dass Behring von Immunisierung von Kindern durch die Milch spricht; aber nichts ist bewiesen, obwohl es höchst interessant wäre.

Daran schliesst sich eine Diskussion über das, was Prof. E. Klebs und Prof. Behring unter T. C. verstehen.

Dr. G. Schirmer ist der Ueberzeugung, dass die Arbeiten von Prof. E. Klebs eine weitere Perspektive eröffnen als die Behring'schen, weil sie nicht nur die Tuberkulose, sondern auch die Phthise heilen. Er selbst hat Drüsenschwellungen und offne Drüsen sich bessern und heilen sehen bei Einspritzung des Klebs'schen T. C. Darauf führt er ein Referat über die Klebs'schen Arbeiten ein.

Zu der Diskussion fragt Dr. Schmauch, was der Unterschied zwischen Phthisis und Tuberkulose sei. Dr. G. Schirmer antwortet, dass man bei Phthisis im Sputum oder bei der Auskultation Zerstörung von Lungengewebe nachweisen könne, bei Tuberkulose nicht, was dann Dr. A. Klebs zu folgender Ausführung veranlasst:

Behring nimmt mit Laennec drei Stadien des Tuberkels an: 1. Die Granulationstuberkel oder der submiliare, der graue Tuberkel. 2. Die Verkäsung. 3. Der vollständige Zerfall. Das erste Stadium hat Behring mit T. C. hervorbringen können, aber nicht das zweite. Dieses erste Stadium verschwindet wieder, heilt.

Dr. Schmauch: Damit stimmen die Erfahrungen bei tuberkulöser Peritonitis überein. Die Heilungen sind die Regel im ersten Stadium, ob mit oder ohne Operation ist gleichgültig. Wenn Verkäsung eingetreten ist, hilft nichts mehr. Die Riesenzellen haben hier, wie bei der Spontanheilung des Karzinoms, eine grosse Rolle.

Diskussion über den Vortrag des

Herrn Dr. Schmauch: **Ueber das Wesen des Puerperalfiebers:**

Dr. Maywitt referiert über einen **Fall von wiederholten Schüttelfrösten und Blutungen fünf Wochen nach einer Entbindung.** Es waren keine Plazentareste zurückgeblieben. Dr. Saurenhaus gibt weitere Details über denselben Fall. Die Patientin wurde schliesslich nach wiederholten Kochsalzinfusionen geheilt. Anknüpfend spricht er weiter über eine Anzahl von Beobachtungen von Fieber im Wochenbett, die mit demselben nichts zu thun haben, aber die Diagnose sehr erschweren können. 1. Ein Rückfall eines kurz vor der Geburt überstandenen Typhus mit Ikterus nach einer schweren Geburt mit Kraniotomie. 2. Ferner hat interkurrierende Malaria einige Male auf falsche Fährte geleitet, bis Chinin entschied.

Dr. A. Decker schliesst mit einigen Worten über den Prioritätsstreit von Holmes. Einzelne Amerikaner legen Holmes einigen Wert bei, andere sagen, dass alle Theorien vor Semmelweiss wertlos waren.

Dr. Schmauch erklärt zum Schluss, dass er nur den Begriff des Puerperalfiebers klar legen wollte. Autoinfektion existiert nach neueren Autoren nicht. Im Fall von Dr. Maywitt handelte es sich jedenfalls um zerfallene Thromben. Prophylaxe wollte er ausschliessen von der Besprechung. In der Privatpraxis sind die Resultate auch jetzt nocht besser als in den Kliniken. In Berlin ist die Sterblichkeit 4, 5: 100,000.

Sitzung vom 4. Januar 1906.

Dr. Jos. Beck: **Demonstration von Ohrenfällen:** 1. Frau von 55 Jahren nach Mastoidoperation wegen akuter Mastoiditis sehr schwerhörig. Das andere Ohr war schon lange taub. Osteophytenbildung. 2. und 3. **Granulationen an der Labyrinthwand.** 4. **Zerstörung der Nase.**

Diskussion. Dr. Carl Beck spricht über den vierten Fall, und hebt hauptsächlich hervor, dass Nasenplastiken im Anfang oft sehr schön aussehen, später aber, namentlich bei syphilitischen Nasen oft zu äusserst unansehnlichen kleinen Zipfeln zusammenschrumpfen.

Dr. Holinger bedauert, dass keine Stimmgabelprüfungen über den ersten Fall vorliegen. Er hält dafür, dass die Taubheit im erst affizierten Ohr doch sehr darauf hindeutet, das Spongizierung hier vorlag, und dass in diesem Prozess die akute Entzündung und Operation eine von den bekannten plötzlichen Verschlimmerungen herbeigeführt hatte. Die Fälle von Labyrintheiterung nach Radikaloperation sind langwierig und gefährlich. Zur Ueberhäutung der Granulationen kann er nichts raten, was Dr. Beck nicht schon gethan hat. Den letzten Fall von Verlust der Nase hält er für syphilitisch, besonders da der vordere linke Gaumenbogen fehlt, und eine dünne fadenförmige Narbe von der Uvula seitweits und nach unten zieht.

Dr. Ries zeigt darauf verschiedene **Myome,** welche interessante Details bieten.

Sie wurden in Skopolaminmorphinnarkose entfernt. Dr. Ries spricht sich günstig über diese Narkose aus und kritizirt einige Autoren, welche eine Anzahl Todesfälle auf das Skopolamin schrieben, die andere Ursachen hatten.

Diskussion über den Vortrag von Dr. Heym: **Ueber Dementia paralytica progressiva.**

Dr. Strauch spricht über infantile Formen und hebt folgende Unterschiede hervor: Die Dauer (5—6 Jahre) ist eine viel längere als bei Erwachsenen (2—3 Jahre). Idiotische Kinder sind prädisponiert. Die Reflexe bei Kindern sind gesteigert, daher sehen wir auch oft Spasmen, hingegen finden wir wenig Grössenwahnideen. Die Lues, besonders bei der Eltern ist häufig. Ueber das Alter lässt sich anführen, dass unter 10 Jahren die Fälle sehr selten beobachtet werden.

Dr. A. Decker: Die Dementia ist bei Frauen früher geleugnet worden. Jetzt wird sie auch zugegeben, weicht aber von dem klassischen Bild erheblich ab, und findet sich mehr im Proletariat.

Dr. C. Welcker fragt, ob es wahr sei, dass geschlechtliche Exzesse eine

wichtige Rolle in der Aetiologie spielen? Unregelmässigkeiten der Pupillen kommen auch bei stets Gesunden vor.

Dr. Lenkhart fragt, ob bei den bekannten schlaganfallähnlichen Bewusstseinsstörungen wirklich die Ganglienzellen selbst gelitten haben; könnte es sich nicht, namentlich im Hinblick der raschen Genesung um Endarteriitis handeln?

Dr. G. Schirmer möchte wissen, ob die Untersuchungen bei ruhenden Pupillen vorgenommen werden und ob auch die atropinisierten Pupillen dreieckig oder viereckig bleiben?

Dr. Heym schliesst die Diskussion. Die Krankheitsdauer ist sehr wechselnd. Es giebt Fälle, die bis zu 18 Jahre bestanden haben. Die Grössenwahnideen sowie die Pupillensymptome sind nicht pathognomisch, sondern nur aus dem ganzen Bild lässt sich eine Diagnose machen. Früher war das Verhältnis der erkrankten Männer zu den Frauen 10:1. Dies hat sich zu Ungunsten der Frauen verschoben. Dabei hat sich herausgestellt, dass auch Frauen der besseren Stände erkranken, wenn auch seltener als die anderen. Geschlechtliche Exzesse spielen keine Rolle. Gegen die Ansicht, dass Endarteriitis beim paralytischen Anfall mitspielt, sprechen die Untersuchungen von Patienten, die im paralytischen Anfall gestorben sind. Dort findet man frische Veränderungen der Ganglienzellen, aber keine Endarteriitis. Auch die Regeneration ist bei Endarteriitis nicht so schnell, während wir aus dem Tierversuch wissen, dass die Ganglienzellen sehr grosse Regenerationsfähigkeit haben. Endlich spricht Dr. Heym über einen Patienten, bei dem Potatorium und Bleivergiftung die Diagnose anfangs verschleiert hatten.

Sitzung vom 18. Januar 1906.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Dr. Memelsdorf: **Ueber Spirochaeta pallida** mit Demonstration eines Präparates derselben.

Dr. Zeit hat auch Erfahrung im Färben der Spirochaeten. Jedoch wurden diese nicht in jedem Präparat gefunden. Ein Autor hat sie in einer Serie von 44 Fällen nur in 28 gefunden. Es giebt eben eine ganze Menge von ähnlichen Mikroorganismen, welche von der Spirochaeta pallida differenzirt werden müssen. Die Schmierpräparate sind oft nicht klar. Das unsrige stammt von der Nebenniere eines siebenmonatlichen Embryos. Dr. Zeit hat noch nie so schöne Präparate gesehen wie das vorliegende. Er spricht dann über die verschiedenen Färbungen und besonders Geisselfärbungen, für welche das Präparat vorbereitet zu sein scheint, aber man kann keine Geisseln erkennen.

Dr. Zeit zeigt eine Anzahl von Photographien von Spirochaeta pallida mit prachtvollen Geisseln und undulirenden Membranen, welche aus seinem Laboratorium stammen. Spirochaeta pallida hat eine ganze Anzahl von spezifischen Eigenschaften. Die Färbung spricht nach seiner Meinung eben dafür, dass wir es mit Bakterien zu thun haben, besonders da auch keine Geisseln zu finden sind. Wir müssen eben das Kulturverfahren abwarten.

Dr. Memelsdorf (Schlusswort): Es ist wichtig, dass, wie Dr. Zeit erwähnt, Spirochaeta pallida nicht in jedem Fallen gefunden wurde; aber diese Berichte stammen aus der allerersten Zeit nach der Veröffentlichung der Entdeckung. Je besser die Herren lernten, zu färben, und je länger sie sich mit dem Gegenstande beschäftigten, um so häufiger und leichter erhielten sie positive Resultate. Auch möchte ich noch hinzufügen, dass die Spirochaeta pallida schon 1893 von zwei Brüsseler Professoren gesehen wurde. Sie verfolgten aber zu jener Zeit ihre Entdeckung nicht weiter. Neben Spirochaeta pallida wurde eine Spirochaeta refringens besonders in offenen syphilitischen Affektionen gefunden. Bei besonders starker Vergrösserung werden in unserem Präparat Geisseln gesehen.

Diskussion über Dr. Riebel's Vortrag: **Ueber hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen.**

Dr. Doepfner hat keine persönliche Erfahrung über Hyperalgesien,

hingegen hat er nach Schusswunden mehrfach Analgesien gesehen. Er wagt aber nicht zu sagen, ob dieselben oder Dr. Riebel's Hyperalgesien etwas mit Neurosen zu thun haben.

Dr. Schmauch: Die Chirurgen haben erst nach den Gynäkologen angefangen, den Schmerzsinn zu analysiren. Hyperalgesien sind bei gynäkologischen Erkrankungen gar nicht selten, z. B. bei besonders empfindlichen Karunkeln, bei Vaginismus, Endometritis dolorosa. Dabei sind keine mikroskopischen Veränderungen zu finden, weder in den Geweben, noch in den Nervenendigungen noch in den Nerven selbst.

Dr. Memelsdorf: Nach Geburten klagen die Frauen oft über Schmerzen, ohne dass man etwas nachweisen könnte, an ganz genau umschriebenen Stellen. Diese Schmerzen verschwinden von selbst wieder. Aus eigener Erfahrung beschreibt er die Schmerzen bei Arteriosklerose in den Armen und auf der Brust. Auf kleine Dosen von Iodkalium und langen heissen Bädern trat Besserung ein.

Dr. Riebel (Schlusswort): Ein Chirurg Müller hat auf dem Chirurgenkongress ähnliche Beobachtungen von Hyperalgesien nach Mastoidoperation an sich selbst mitgeteilt. Riebel fügt dann noch einige Worte über diese Hyperalgesien und die Schmerzen bei Angina pectoris bei.

Kleine Mitteilungen.

— Anfangs November dieses Jahres wird Dr. H. S. Frenkel aus Heiden in der Schweiz, der insbesondere durch seine speziellen Arbeiten auf dem Gebiete der Tabesbehandlung einen Weltruf erlangt hat, die Stadt New York besuchen. Man darf wohl sagen, dass die Frenkel'sche kompensatorische Tabesbehandlung, schulgerecht angewandt, für Ataktische von weit grösserem Nutzen ist als irgend eine andere Behandlungsart. Dr. Frenkel ist nun gerne bereit, während seines Aufenthaltes in den Vereinigten Staaten den hiesigen Kollegen sein Verfahren zu demonstrieren und zu zeigen, was mit demselben sogar noch in den schwersten Fällen zu erreichen ist; er wird aber zugleich auch auf die Einschränkungen bei dieser Methode und auf die mit einer unrichtigen Anwendung derselben verbundenen Gefahren aufmerksam machen. Dr. Frenkel hat vorläufig die Absicht ausgesprochen, in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York, in der N. Y. Neurologischen Gesellschaft sowie in der N. Y. County Medical Society Vorträge über den erwähnten Gegenstand zu halten.

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, September 1906. No. 9.

Spirochaete pallida.*

Von Dr. A. Memelsdorf, Chicago, Ill.

Seit ungefähr 9 Monaten beschäftigt das Interesse der Syphilidologen wie der Bakteriologen, ja der gesamten ärztlichen Welt in äusserst lebhafter Weise die Frage, ob der von Schaudinn und Hoffmann entdeckte Mikroorganismus als der Erreger der Syphilis anzusehen oder zum mindestens als pathogmonisch für diese Krankheit zu betrachten ist. Denn obwohl durch klinische wie experimentelle Beobachtungen die Wirkung des syphilitischen Virus längst genau studiert ist, wissen wir über das eigentliche wirksame Prinzip des syphilitischen Kontagiums doch blutwenig. Zum Teil ist dieser Mangel an Kenntnis darauf zurückzuführen, dass der Tierversuch fehlte, indem es erst unlängst gelungen, die Syphilis künstlich auf Affen und andere Tiere zu übertragen. Die Syphilis zeichnet sich durch solch typische Merkmale einer infektiösen Krankheit aus, dass man schon lange vor der bakteriologischen Aera es für höchst wahrscheinlich hielt, dass dieselbe ebenfalls durch ein organisiertes Gift hervorgebracht sei. Ja schon im 16. Jahrhundert treffen wir auf Autoren, die vom Contagium animatum als der Ursache der Syphilis sprechen, im Anfang des 18. Jahrhunderts erwähnt Didier in gleichem Sinne die Animalcula numerosa, Gebilde, deren Natur und Wesen ihm natürlich völlig rätselhaft waren. Hallier fand einen Pilz Coniothecium syphiliticum; Klebs, Aufrecht, Eve und Lingaard, Marschalko, in jüngster Zeit Joseph und Piorkowski u. a. beschreiben Bazillen, Birch-Hirschfeld, Martineau, Kassowitz und viele andere Kokken verschiedener Art. Im Jahre 1878 beschreibt Lostorfer eigentümliche, glänzende Körperchen, die er im Blute Syphilitischer gefunden. Allein alle diese Mitteilungen wurden angefochten, die beschriebenen Mikrobien wurden als gewöhnliche Streptokokken oder als pseudodiphtheritische Bazillen erklärt, oder aber die betreffenden Parasiten fanden sich auch bei Nichtsyphilitischen. Doch dürfen wir nicht unterlassen zu erwähnen, dass schon 1837 Alfred Donné, der Entdecker des Trichomonas vaginalis, Gebilde beschrieben hat, die er als Vibrio lineola bezeichnet und spezifisch für Syphilis erklärt. Die-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Med. Gesellschaft von Chicago am 18. Januar 1906.

ser Vibrio wurde nun mit der Entdeckung von Schaudinn identisch gesagt, doch Schaudinn weist diese Behauptung zurück und will einen Vergleich nur mit dem gleichzeitig von ihm im nichtsyphilitischen Gewebe gefundenen Mikroorganismus zulassen. Des weiteren gelang es in den 80 Jahren des vorigen Jahrhunderts Doutrelepont, Schütz und besonders Lustgarten, völlig unabhängig von einander, in Sklerosen, breiten Kondylomen sowie in einem Gummiknoten Bazillen zu entdecken, die den Tuberkelbazillen sehr ähneln, aber sich durch ihr Funktionsverhalten von ihnen unterscheiden. Einige Nachforscher bestätigten diesen Befund, so Matterstock Marcuse, andere wie Alvarez, Klemperer, Zeissl erhielten in Fällen von Syphilis vielfach negative Resultate, dagegen fanden sie im Smegma praeputii, im Scheidensekret von gesunden Menschen Bazillen, die in keiner Weise von den Lustgarten'schen zu unterscheiden waren. Seit dieser Arbeit Lustgarten's sind noch zahlreiche Entdeckungen veröffentlicht worden, doch wurden sie sämmtlich mit Misstrauen aufgenommen, und ihnen auch bald auf Grund von Nachuntersuchungen jede spezifische Bedeutung abgesprochen.

Im Anfange des letzten Jahres veröffentlichte Siegel seine Arbeiten über die Aetiologie der Syphilis. Siegel hat bei den Pocken, dem Scharlach, der Maul- und Klauenseuche und der Syphilis charakteristische Parasiten gefunden, die er als Protozoen ansieht, und zwar bei den 4 Krankheiten Protozoen anscheinend derselbe Gattung, da dieselben in Bezug auf Beschaffenheit und Entwickelung grosse Aehnlichkeit aufwiesen. Bei Syphilis fand er diese Protozoen im Blute, Organsafte, Primäraffekten, Papeln von Menschen und Affen niederer Gattung, die er syphilisiert hatte. Später gelang es ihm auch auf Kaninchen und Meerschweinchen Syphilis zu übertragen und auch hier die charakteristischen Protozoen nachzuweisen. Diese ausserordentlich kleinen Gebilde haben eine birnförmige Gestalt, sind lebhaft beweglich, stark lichtbrechend und mit Geisseln versehen und wurden von Siegel Cytorrhyctes luis genannt. Im Inkubationsstadium fand er diese Cytorrhyctesflagellaten nicht, auf dem Höhepunkte der Krankheit dagegen im Blute regelmässig, bei gesunden Menschen wie Tieren wiederum wurden sie trotz sorgfältigster Suche stets vermisst. Auf Grund dieses Befundes glaubt Siegel den Cytorrhyctes luis als den Erzeuger der Syphilis ansprechen zu müssen. Diese Angaben wurden von Schulze vollauf bestätigt. Letzterer impfte Syphilismaterial auf künstlich gesetzte Iriswunden an 14 Kaninchen mit dem Erfolg, dass Cytorrhyctes im Blute, Niere und Milz gefunden wurde. Darauf wurde Nierensubstanz eines dieser Thiere auf ein gesundes überimpft und wieder wurde Cytorrhyctes nachgewiesen. Ebenso fanden sich in den Augen der getöteten Tiere Cytorrhyctes in der Iris. Bedauerlicherweise haben diese Mitteilungen fast keine Nachprüfung gefunden und so steht die Bestätigung obigen Befundes noch aus. Erst ganz kürzlich berichtet Finger, dass seine und Landsteiners Impfversuche an Kaninchen bezüglich Cytorrhyctes negative Resultate ergeben haben, während L. Merk Mitteilung von fünf Luesfällen macht, in denen Cytorrhyctes im Blute gefunden und lange Zeit beobachtet wurde. Merk ist von der Richtigkeit der Siegel'schen Entdeckung so vollständig überzeugt, dass er jede Beurteilung einer antiluetischen Kur ohne Kontrolle nativer Blutpräparate einen Anachronismus nennt.

Im Monat Februar des vorigen Jahres veranlasste das Deutsche Reichsgesundheitsamt den Zoologen Schaudinn, sich mit der Frage der Aetiologie der Syphilis zu befassen, und schon im März konnten Schaudinn und sein klinischer Mitarbeiter Hoffmann über positive Resultate Bericht erstatten. Sie untersuchten

syphilitische Krankheitsprodukte und zur Kontrolle Material von Gesunden und von solchen Kranken, die sicher nicht syphilitisch waren. Sie fanden zwei Arten von Lebewesen, die Schaudinn zu den Protozoen rechnet, Gattung Spirochaete, da keine Geisseln zu ermitteln waren. Die eine Art, welche nur in syphilitischem Produkte sich fand, zeichnet sich durch ausserordentliche Zartheit aus, ist schwach lichtbrechend, lebhaft beweglich, hat eine grosse Zahl von Windungen, ist dagegen ungemein dünn und besitzt fein zugespitzte Enden. Die zweite Art, die niemals in rein syphilitischem Gewebe zu entdecken war, ist bedeutend dicker und stark lichtbrechend. Diese beiden Arten unterscheiden sich im Färbungsgrad; die erste Art, die sich nur in syphilitischem Gewebe vorfindet, lässt sich nur sehr schwach färben, weshalb sie mit dem Namen Spirochaete pallida belegt ist, zum Unterschiede von der anderen Art, einer viel besser färbbaren, die den Namen Spirochaete refringens erhalten hat.

Die Autoren fanden die Spirochaete pallida konstant in nässenden Papeln, im exulzerierenden Bubo, auch in intakten, von Epidermis bedeckten Efflureszenzen. Freilich sei es — und darin stimmen alle Untersucher überein — namentlich im Anfang schwer, diese ausserordentlich feinen Gebilde zu Gesicht zu bekommen, und es mag Stunden nehmen, um ein Deckgläschen, wo die Spirochaeten nur spärlich vorhanden sind, durchzumustern. Starke Vergrösserung, Oelimmersion und Okular 8 sind notwendig. Die Zahl der Spirochaeten in den Präparaten wechselt ganz ungemein. Die Länge beträgt 10—26 Windungen, die Breite allerhöchstens ¼ Mikron. Die Windungen sind steil und eng gewunden, korkzieherartig geschlängelt. Im lebensfrischen Zustand untersucht zeigen sie Rotation um die Längsachse, Vor- und Rückwärtsgleiten sowie Beugebewegungen. Undulierende Membran sei zuweilen nachweisbar, aber keine Geisseln.

Diese Mitteilungen fanden sofort das allergrösste Interesse, Nachuntersuchungen wurden überall angestellt und in erstaunlich kurzer Zeit häuften sich die Bestätigungen der Befunde, besonders nachdem die Nachuntersucher gelernt hatten, mit der modifizierten Giemsalösung exakt zu färben. Im Laufe der Zeit wurde eine grosse Anzahl anderer Färbungen angegeben, die ebenfalls die besten Dienste leisten sollen.

Metschnikoff und Roux berichteten über positive Resultate an vier syphilisierten Makaken und vier Menschen, desgleichen Kraus über positive Resultate an Affen. Paseden, Fränkel, Levadoti, Lehmann, Buschke, Fischer, Weichselmann, Reckzeh, Löwenthal und viele andere fanden Schaudinn's Angaben bestätigt. Die Spirochaete pallida wurde von ihnen gefunden im harten Bubo und im daraus aspirierten Saft, in den Blasen von Pemphigus syphiliticus, in Lunge, Leber und Milz bei Syphilis hereditaria, dann auch im Milzblut bei akquirierter Syphilis durch Schaudinn. Dagegen wurden diese Protozoen vollständig von Allen vermisst bei nicht syphilitischen Erkrankungen. In der letzten Zeit gelang es Hoffmann, nach einer Methode von Noeggerath und Staehelin die Pallida auch im Blute bei frischer Syphilis nachzuweisen.

Während nun die Entdecker selbst anfänglich über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete vorsichtigerweise sich nicht ausliessen, da es zur Zeit noch unmöglicht ist, dieselbe zu züchten und von den Kulturen aus mit Erfolg auf Tiere zu übertragen, erklärten bald viele Nachuntersucher, wie Fränkel, Kraus, dass die Spirochaete pallida mit aller grösster Wahrscheinlichkeit als der Erzeuger der

Syphilis anzusehen ist. Gegen die Spezifität der Pallida erhoben sich nur vereinzelnte Stimmen und deren Angaben konnten fast sofort widerlegt werden. Die Behauptung Thesing's, dass die Pilze bereits in der Giemsalösung vorhanden gewesen, beantwortete Schaudinn in schlagendster Weise durch den Nachweis von typischen Spirochaeten, nämlich ungefärbten, lebenden in nicht erodierten Hautpapeln.

Der heutige Stand der Frage ist folgender: Die Spirochaete pallida ist bisher nur in syphilitischen Produkten gefunden worden und zwar in allen Produkten der primären und sekundären Periode, ferner bei hereditärer Lues rein und ohne Beimischung anderer Keime. Bei nicht syphilitischen Kranken und bei Gesunden ist sie ausnahmslos vermisst worden. Auch bei Syphilis der Affen ist sie fast konstant gefunden worden und nicht nur bei der Impfung mit menschlichem Virus, sondern auch dann, wenn von einem Affen auf andere Affen übertragen worden war. Kontrollversuche ergaben an der gesunden Affenhaut keine Spirochaeten. Andererseits wurde die Spirochaete refringens in reiner Syphilis niemals gefunden, in unreinen Fällen neben der Pallida in der Nähe von Ulzerationen und Erosionen an der Oberfläche, ferner wurde sie nachgewiesen bei Gonorrhoe, Balanitis, Bubo nach Ulcus molle, Condylomata accuminata, im karzinomatösem, sarkomatösem und lupösem Gewebe und ferner bei Acne vulgaris, Scabies und Sycosis.

Um keinen Irrtum in der Diagnose zu machen, ist es notwending, die Pallida von den anderen Spirochaeten genau zu unterscheiden. Am lebenden Objekt ist die Unterscheidung leicht: die Pallida ist ungemein zart, ihr Lichtbrechungsvermögen gering, die charakteristischen, meist zahlreichen Windungen (10—26) regelmässig, steil, korkzieherartig geschlängelt. Das wichtigste Merkmal aber ist, dass man am lebenden Objekt erkennen kann, dass der Organismus diese typische Spirale nicht nur im Zustande der Bewegung, sondern auch in der Ruhe aufweist (die Spirale ist präformiert), während wir eine spiralige, mit engen Windungen versehene Einrollung bei allen übrigen Spirochaeten nur während lebhaftester Bewegung wahrnehmen, beim Stillstehen zeigen letztere eine Gestalt, welche sich der geraden Linie nähert. Im konservierten Präparat mag gelegentlich auch eine andere Spirochaete gewunden erscheinen, wenn nämlich der Tod zufällig im Momente lebhafter Bewegung eingetreten war. Hier müssen wir dann noch andere Merkmale in Erwägung ziehen, wobei wir uns aber nur an typische, lang ausgewachsene Exemplare von mindestens 10 Windungen halten. Wir vergleichen dann die im Verhältnis zur Länge ausserordentlich geringe Breite, die in feinen Spitzen auslaufenden Enden, den Färbungsgrad (stets blass), die Färbungsnüance, die bei Giemsafärbung deutlich rot, nicht bläulich ist.

Nach den neuesten Berichten ist es Schaudinn gelungen, mit der Löffler'schen Beize eine undulierende Membran nachzuweisen. Desgleichen ist er im stande gewesen, mit der Löffler'schen Bakteriengeissel-Färbung und dann auch mit der Giemsa-Azureosin-Färbung an dem engspiraligen Typus, und nur an diesem, Geisseln an beiden Enden nachzuweisen. Dadurch ist die Differentialdiagnose zwischen der Pallida und den übrigen Spirochaeten geschaffen. Auf Grund dieses Befundes stimmt Schaudinn dem Vorschlage Vuillemin's zu, dass der Pallida eine isolierte Stellung angewiesen und ihr der Gattungsnamen Spironema verliehen werde. Die Grösse der erwähnten Geisseln entspricht einer Länge von 4—6 Windungen der betreffenden Spirochaeten. Bisweilen trifft man zwei Geisseln an einem Ende. Schaudinn erklärt dies als Stadium der Längsteilung, und

Verdoppelung leitet diesen Vorgang ein.

In den Produkten der Spätform, sowohl der tertiären Periode wie in den Uebergangsformen zwischen sekundärer und tertiärer Syphilis, wurde die Pallida bisher regelmässig vermisst. Da aber erwiesen ist, dass auch diese Form übertragbar ist, wenn auch in geringerem Grade als die Frühform, so muss syphilitisches Virus in ihm vorhanden sein, sei es in geringer Menge oder in veränderter Form; der negative Befund spricht nicht gegen den syphilitischen Charakter. Schaudinn vermutet, dass in den Spätformen die Pallida sich in einem wenig charakteristischen, körnchenähnlichen Zustand findet, worüber seine Arbeiten noch nicht abgeschlossen sind.

Wenn auch schon weit über hundert Autoren ihre Arbeiten veröffentlicht haben, die in allen Punkten die Angaben der Entdecker bestätigen, so ist doch angesichts der Tatsache, dass die Kultivierung der Pallida noch aussteht, das letzte Wort noch nicht gesprochen. Aber wollen wir auch in begreiflicher Vorsicht noch ablehnen, die Spirochaete pallida als den Erzeuger der Syphilis zu erklären, so sind wir doch zu dem Geständnis gezwungen, dass dieselbe eine konstante Begleiterscheinung in der Syphilis ist und nur der Syphilis, d. h. dass sie als pathogmonisch für dieselbe zu gelten hat. Und hieraus ergibt sich ihre Bedeutung für die Diagnose ganz besonders in den Fällen, in denen eine klinische Diagnose zu stellen noch gänzlich unmöglich ist, z. B. bei sehr jungen Primäraffekten ohne jeglichen ausgesprochenen Charakter sowie in Fällen von infiltrierten Ulcera, die einen Chancre mixte vortäuschen und wo wir bisher wochenlang auf etwaige Weiterentwicklung der Syphilis zu warten hatten.

Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs.*

Von A. J. Ochsner, B.S., F.R.M.S., M.D.

Surgeon-in-chief of Augustana Hospital and St. Mary's Hospital; Professor of Clinical Surgery in the Medical Department of the University of Illinois, Chicago.

Noch immer stimmen die Internisten und die Chirurgen nicht überein in ihren Anschauungen in Bezug auf die Behandlung des chronischen Magengeschwürs, obwohl sie einander besonders in den letzten Jahren viel näher getreten sind. Dieser Umstand hängt von einer Reihe von Verhältnissen ab, welche auf geraume Zeit einen bestimmten Einfluss auf die Stellung der Internisten und Chirurgen haben wird.

1. In erster Linie bekommen die Internisten die Fälle viel früher in Behandlung als die Chirurgen, und letztere bekommen nur diejenigen Fälle zu sehen, bei denen die Behandlung des Internisten verfehlte, eine permanente Heilung zu erzielen. Dadurch, dass der Chirurg eigentlich nur solche Fälle sieht, welche von einem oder gewöhnlich von mehreren Internisten erfolglos behandelt wurden, kann er leicht den falschen Schluss ziehen, dass bei interner Behandlung der Erfolg immer nur auf kürzere oder längere Zeit von Nutzen sein kann.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Med. Gesellschaft von Chicago am 1. Februar 1906.

2. Auf der anderen Seite behält der Internist nur diejenigen Fälle unter Beobachtung, welche keine Rückfalle erleiden, denn im anderen Falle pflegen die Patienten einen anderen Arzt aufzusuchen, welcher ihnen von der einen oder der anderen Seite empfohlen wird, so dass derselbe Patient oft von einer Reihe interner Aerzte von seinem Magengeschwür geheilt wird, und jeder dieser Aerzte rechnet diesen Fall als einen permanenten Erfolg.

In meiner chirurgischen Erfahrung findet sich wenigstens kein einziger Fall von Magengeschwür, welcher vordem nicht wiederholt von verschiedenen Aerzten geheilt wurde. Dasselbe ist von Mayo, Mikulicz, Moynihan, Robson und vielen anderen Chirurgen mit grosser Erfahrung bestätigt worden.

Es versteht sich freilich von selbst, dass wenn irgend einer dieser Fälle, von dem einen oder anderen dieser Internisten wirklich permanent geheilt worden wäre, dass wir als Chirurgen ihn dann nie zu sehen bekommen hätten.

3. Von den Fällen, welche später zum Chirurgen kommen, kommen nur diejenigen wieder in die Behandlung des Internisten, die durch die operative Behandlung nicht permanent geheilt werden. Unterdessen beobachtet der Chirurg später nur diejenigen Fälle persönlich, welche aus irgend einem Grunde wieder in seine Behandlung kommen. Die meisten dieser Fälle hatten sich anfangs kurz nach der Operation so bedeutend gebessert, dass sie bereit sind, sich ferner der chirurgischen Behandlung zu ergeben.

Der Chirurg beobachtet auf diese Weise jedenfalls nur diejenigen Fälle des Internisten, bei denen jener keinen guten Erfolg hatte. Von den eigenen Fällen beobachtet er dagegen nur die guten und die nicht ganz schlechten.

Der Internist dagegen beobachtet seine eigenen guten Fälle und die fehlgeschlagenen des Chirurgen. Es ist daher kein Wunder, dass die beiden Abteilungen nicht genau über die gegenseitigen Erfolge und Misserfolge übereinstimmen können.

Es scheint jedenfalls sicher festgestellt zu sein, dass eine grosse Zahl von Magengeschwüren unter entsprechender interner Behandlung permanent geheilt werden. Ein Hauptpunkt in diesen Fällen besteht jedoch darin, dass Patienten jahrelang gewisse Diätvorschriften befolgen und dass der Arzt dafür sorgt, dass besonders nie wieder ein anämischer Zustand des Patienten eintritt. Professor Füttere r's Beobachtungen scheinen in dieser Hinsicht von ganz hervorragendem Werte zu sein.

Es gibt jedoch eine bestimmte Klasse von Fällen, welche sich bei interner Behandlung immer nur auf kurze Zeit erholen, um jedes Mal ein wenig intensiver zu erkranken. Diese Fälle kommen heutzutage viel öfter unter die Behandlung des Chirurgen als früher, und aus diesem Grunde ist schon eine grosse Zahl dieser Fälle operiert und genau beobachtet worden.

Es scheint sich in diesen Fällen eine typische Entwicklungsgeschichte zu zeigen. Anfangs findet man Schmerz in der Magengegend, nachdem gewisse Speisen genossen werden und zuweilen zu einer bestimmten Zeit nach der Mahlzeit und in anderen Fällen eine Stunde oder länger vor dem Essen. In letzteren Fällen scheint die Einnahme von Speisen die Schmerzen zu vermindern oder dieselben ganz aufzuheben. Diese Fälle sind alle empfindlich gegen Druck und viele der Patienten beklagen sich über ein Gefühl, als trügen sie eine Last im Magen. Sie klagen über Aufstossen von Gasen. Anfangs ist der Magen nicht erweitert und die Speisen verlassen denselben beinahe zur rechten Zeit. Später verringert sich die Motilität des Magens und man findet nach längerer Zeit noch Speisereste. Unterdessen wird der Patient immer mehr und mehr wählerisch in Bezug auf Speisen.

Man findet nun auch, dass der Magen fortwährend eine Menge Schleim ent-

hält. Es scheint als ob dieser Schleim zum Schutze des Geschwürs ausgeschieden würde. Nachdem dieses geschieht, findet man gewöhnlich bald eine bedeutende Zunahme der Säure-Ausscheidung. Die Nahrung wird von dem Schleime umhüllt und es bedarf deshalb einer grösseren Menge von Salzsäure, um die Nahrung für den Darm vorzubereiten. Zu dieser Zeit findet man gewöhnlich den Beginn der Magenerweiterung.

Wenn der Patient nun operiert wird, findet man eine Obstruktion des Pylorus und eine Erweiterung des Magens. Je länger der Zustand gedauert hat, desto grösser ist die Erweiterung. Anfangs ist oft die Magenwand entsprechend hypertrophisch, aber später ist von dieser Veränderung nichts mehr zu sehen.

In vielen Fällen findet man kein offenes Magengeschwür, aber eine Verengerung des Pylorus durch eine Narbenschrumpfung, verursacht durch ein geheiltes Geschwür.

In einer kleineren Zahl von Fällen liegt das Geschwür in der kleinen Kurvatur des Magens und es entwickelt sich dann ein Sanduhrmagen.

Es besteht in allen dieser Fällen eine Obstruktion, welche den normalen Strom der Nahrung verlangsamt und zwar in solchem Masse, dass der Fehler nicht mehr durch die kompensatorische Hypertrophie der Magenmuskulatur beseitigt werden kann.

Es gibt eine kleine Zahl von Fällen, in denen nur ein ganz kleines Geschwürchen besteht, welches kaum zu finden wäre, wenn man nicht dem Wegweiser von L u n d folgen könnte. Es sind in diesen Fällen nämlich immer einige vergrösserte Lymphdrüsen zu finden. Wenn dieses Geschwürchen genau im Pylorus liegt, so verursacht es eine Obstruktion durch krampfhafte Kontraktion des Pylorusmuskels.

Es ist von grosser Bedeutung, diese Fälle von denjenigen mit enger Narbenstriktur und denjenigen mit induriertem Magengeschwür zu unterscheiden, denn dieselbe Behandlung, welche letztere Fälle permanent heilt, wird im ersterem Falle fast immer ein Rezidiv zur Folge haben.

In einer Anzahl dieser Fälle beobachteten wir schnelle Heilung, nachdem die Gastrojejunostomie ausgeführt worden war. Die Patienten verloren ihre Schmerzen sofort, nahmen in den nächsten zwei oder drei Monaten bedeutend an Gewicht zu und fühlten sich in jeder Beziehung vollkommen normal. Viele dieser Fälle bleiben dann andauernd geheilt, aber in anderen fangen schon vor Ende der ersten sechs Monate die alten Beschwerden wieder an.

Gewöhnlich kommen die Patienten aber erst später zur zweiten Operation, welche sie desshalb begehren, weil sie nach der ersten Operation anfangs so grosse Linderung erfahren hatten. Bei der Operation findet man dann regelmässig ein neues Pylorusgeschwür und eine ganz kleine Gastroenterostomie-Oeffnung, welche oft ein Zehntel der Grösse der ursprünglichen Oeffnung misst.

Dieser Zustand ist auf folgende Weise zu erklären. Durch den freien Abfluss der Nahrung durch die ursprüngliche Gastroenterostomie wird der Reiz des Geschwürs im Pylorus vollständig entfernt und es erfolgt daher ganz bald vollkommene Heilung. Sobald dieses geschehen ist, nimmt aber die Nahrung wieder den natürlichen Weg durch den Pylorus, eine Tatsache welche durch C a n n o n durch eine Reihe genauer Experimente festgestellt wurde. Sobald aber die künstliche Oeffnung nicht mehr funktioniert, fängt dieselbe, an sich zusammenzuziehen, so dass sie in einigen Monaten ganz klein wird. Falls nun das Pylorusgeschwür sich wieder öffnet, so erscheinen selbstverständlich wieder alle die früheren Symptome.

Die zweite Operation wird nun so ausgeführt dass die Gastroenterostomie-Oeffnung wieder auf 5 bis 7 cm vergrössert und der Pylorus reseziert wird. Nun muss die Nahrung andauernd durch die neue Oeffnung in den Darm gelangen

und dadurch bleibt dann die Oeffnung beständig hinreichend gross.

In diesen Fällen ist es daher wohl angezeigt, bei der ersten Operation sofort eine Exzision des Pylorus neben der Gastro-Jejunostomie auszuführen.

Die chirurgische Behandlung in allen Fällen von chronischem Magengeschwür bezweckt die Beseitigung der Obstruktion.

Mayo in Amerika, Mikulicz in Deutschland, Kocher und Roux in der Schweiz, Hartmann in Frankreich und Moynihan und Robson in England haben seit Jahren darauf hingewiesen, dass dieses das Grundprinzip der chirurgischen Behandlung des chronischen Magengeschwürs ist.

Nur bei den kleinen Geschwüren direkt im Pylorus und bei indurierten Geschwüren, bei denen man ein beginnendes Karzinom befürchtet, scheint die Entfernung des Geschwürs selbst angezeigt zu sein, um die Gefahr eines Rezidivs zu beseitigen.

Die Entfernung des Pylorus in allen Fällen nach Rodman, um einer späteren karzinomatösen Entartung vorzubeugen, scheint kaum angezeigt zu sein.

Meine eigene Erfahrung beschränkt sich auf über 200 Fälle und ich glaube, dass meine Beobachtungen ziemlich genau denen der anderen Chirurgen entsprechen.

1. In der chirurgischen Behandlung des chronischen Magengeschwürs ist die Entfernung der Obstruktion zu erstreben.

2. Dieses geschieht am besten durch die Gastroenterostomia posterior nach Mayo-Moynihan.

3. Die Oeffnung muss im tiefsten Teile der grossen Kurvatur angelegt werden.

4. Sie muss gross genug angelegt werden, um permanent gegen Obstruktion zu sichern.

5. Bei erweitertem Magen muss die Oeffnung entsprechend grösser angelegt werden.

6. Bei kleinen Geschwüren direkt im Pylorus und bei grossen indurierten Geschwüren ist die Pylorektomie der Gastroenterostomie anzufügen.

Ursachen und Behandlungsmethoden schwerer Blutungen der Prostatiker.[1]

Von Dr. Berthold Goldberg, Cöln u. Wildungen.

Theoretisch wie praktisch haben die Blutungen, welche bei Kranken mit Prostatahypertrophie auftreten, grosses Interesse für den Arzt.

Theoretisch ist es von Wichtigkeit zu wissen: so häufig wir Blutungen bei hypertrophischer Prostata sehen, so selten sind spontane Blutungen der hypertrophischen Prostata. Diese ist ja durch die Harnröhren- und Blasenschleimhaut von der Oberfläche der Harnwege getrennt. Die Entzündungen der Prostata geben zu Blutungen selten Anlass. Für die akute und chronische Prostatitis bei und nach Gonorrhoe habe ich selbst klinisch diesen Nachweis geführt[2]), indem ich systematische Untersuchungen des Sekrets nach Expression daraufhin anteilte. Für die Prostatahypertrophie haben Motz und Suarres[3]) durch makroskopische und mikroskopische Untersuchung von 250 Fällen Licht in diese Frage gebracht. Bis 1901 fanden sie in keinem einzigen Falle intraprostatische Blutergüsse, nach 1901 bei zweien; einmal war der hämorrhagische Infarkt intrakapsulär geblieben, einmal durch die Blasen-

[1]) Aus „Therapie der Gegenwart", Mai 1906.

[2]) Ueber blutiges Prostatasekret, „Dermatolog. Ctbl." 1903.

[3]) Des hémorrhagies spantanées de la prostate Annales d. m. d. org. genit.-urin, 1904, p. 481.

schleimhaut nach der Blase durchgebrochen; beide Mal definieren sie den pathologischen Prozess wie folgt: „néoformation énorme angiomateuse suivie de ruptures des parois des capillaires néoformées et production consécutive des larges suffusions sanguines".

Wohlgemerkt: diese Untersuchungen beziehen sich lediglich auf Spontanhämorrhagien aus dem Gewebe der Prostata.

Praktisch, beim Lebenden, ist es ohne Bedeutung, ob eine de facto spontane Blutung aus dem eigentlichen Prostataparenchym oder aus der Gegend der Peripherie, aus Gefässen an den Ausführungsgängen der Drüse stammt. Wir finden jedoch über die Häufigkeit der Spontanhämaturie überhaupt sehr wesentliche Differenzen in den Angaben der massgebenden Autoren. v. Frisch (1906 Hdbch. der Urologie. L. 16 Bd. III, S. 755) sagt darüber: „Wie wir aus Autopsien in vivo wissen, überdecken oft bleistiftdicke variköse Venen die in die Blase vorspringenden Anteile der Drüse, das Parenchym derselben ist durchzogen von erweiterten Gefässen und das ganze Organ steht unter einer strotzenden Hyperämie." Motz und Suarres (l. c.) finden aber gerade „que la vascularisation des prostates hypertrophiées est relativement beaucoup moins dévéloppée que celle de la prostate normale." Sie erklären geradezu „que les hémorrhagies de la prostate hypertrophiée dues à da congestion simple n'existent pas"; v. Frisch dagegen lässt eine Spontanhämorrhagie ebenso leicht „unter dem Einfluss einer Erkältung oder eines Diätfehlers" zu, als infolge von Palpation vom Rektum her oder infolge von Erschütterung. Diese Angabe verdient um so sorgfältigere Nachprüfung, als Guyon noch 1900 (Annales d. m. d. org. geni.-urin.) die Spontanblutung als ein differential-diagnostisches Beweismittel für malignen Prostatatumor ansieht: „Spontané, le saignement se voit, comme nous venons de le dire, chez les carcinomateux et les sarcomateux; il ne se voit pas chez les prostatiques avec hypertrophie simple, même quand ils sont sous l'influence d'une forte poussée congestive".

Wir wollen daher im folgenden, nachdem wir die Ursachen der von uns an beiläufig 200 Prostatikern beobachteten wichtigeren Hämaturien unter praktischen Gesichtspunkten, nämlich mit Rücksicht auf die Behandlung erörtert haben, zum Schluss auf die Spontanhämaturie aus der Prostata noch einmal zurückkommen.

I.

Die weitaus häufigste Ursache von Hämaturien bei Prostatikern sind Katheterverletzungen der Harnröhre. Der Sitz der Blutung ist hier gewöhnlich, entsprechend der Stelle der schwierigsten Passage, die Urethra prostatica. Man erkennt das daran, dass bei der Katheterisierung Blut dem Harn voraus und Blut dem Harn hinterdrein fliesst: kombinierte initiale und terminale Hämaturie. Ohne Katheterisierung ist es nicht immer möglich, zu entscheiden, ob die Urethra prostatica oder nur die Harnblase blutet; denn da das Blut zwischen Sphincter urethrae und Sphincter vesicae hervorquellend, leichter in die Blase als in die vordere Harnröhre abfliesst, wird der ganze Harn blutig werden; dass ausserdem der erste und letzte Schuss noch rein blutig oder mit Blutgerinnsel vermengt erscheinen, ist nicht immer so prägnant. Kommt freilich zu diesem Symptome noch eins, dass nämlich kontinuierlich aus der äusseren Harnröhrenöffnung das (den Sphincter urethralis nach vorn durchbrechende) Blut herauströpfelt, so folgt aus dieser Kombination schon, ohne dass man durch den Katheter sich vergewissert, der prostatische Ursprung der Hämaturie. Machen wir uns zunächst an einem Beispiel klar, was bei einer solchen Katheterisierungsblutung zu tun ist.

Fall XIII/2823. 72 J. Asthma bronchiale. Kleiner, etwas schwächlicher, gut genährter Mann. Seit 1899 Harnbeschwerden, seit 1902 Retentio chronica

paene completa, dauernd katheterisiert, anfangs vom Arzt, alsdann von der Frau. 1903 Cystitis, durch Urotropin und Spülungen dauernd beseitigt. Seit 1904 bei 6—12stündigem Katheterismus und täglicher Spülung Zustand gänzlich stationär, keine Infektion und keine Progredienz der Retention. 10. Februar 1906 werde ich gerufen, weil seit gestern Abend der Harn blutig sei. Vor dem letzten Katheterismus sei der Harn vollkommen klar gewesen; nach der Einführung des Kastheters, die etwas schwierig gewesen, sei zumeist reines Blut aus dem Katheter getropft, dann sei der ganze Urin blutig gewesen, plötzlich habe der Abfluss, obgleich die Blase noch nicht leer, gestockt. Die geringe Menge des in der Nacht spontan entleerten Harns ist ebenso, wie der aufbewahrte Katheterharn schwarzrot. Ich führe einen mittelstarken, elastischen, halbharten, zylindrischen Katheter leicht ein; zuerst einige Blutgerinnsel, dann ca. ½ l rötlicher, muddliger Harn. Mit 100 g-Spritze und Borlösung unter Gebrauch von ca. 1 l Lösung wird bis zur vollkommenen Reinheit die Blase gespült. Ich verordne 8 stündliche Katheterisierung und Spülung mit demselben Katheter, 6 stündlich ½ g Urotropin und wiederhole selbst nach 36 Stunden noch einmal die Spülung. Nach 48 Stunden ist der Harn klar, frei von Blut, Eiter, Eiweiss, das für den Patienten sehr aufregende Intermezzo beendet.

Es handelt sich also hier um eine leichtere Blutung der Urethra prostatica im Laufe einer chronischen, fast kompletten Retention ohne Infektion. Der Patient ist geneigt „auszusetzen"; denn man dürfe doch die Wunde nicht von neuem mit dem Katheter aufreissen; wenigstens „lassen Sie die Spülerei sein" — hört man. Gibt man ihm nach, so wird der mit Blutgerinnseln gemischte Harn sich zersetzen, bei dem nächsten Selbstkatheterismus des Patienten wird die etwa noch gewahrte Sterilität des Harns beseitigt: wir haben eine Cystitis; der infektiöse Harn infiziert seinerseits wieder die bis da reinen Wunden der Urethra prostatica: wir haben nun auch Fieber.

Also, soll nicht eine zunächst leichte Blutung bei chronischer Retention recht schwere Folgen nach sich ziehen, so muss man die Blase nicht seltener, sondern öfter als vorher leeren, muss die Gerinnsel vollständig herausspülen und muss die Blase sowohl wie den Harn wirksam desinfizieren.

Etwas anders gestaltet sich die therapeutische Aufgabe bei einer schweren Katheterblutung im Laufe einer akuten kompleten Retention. Greifen wir wiederum ein Beispiel heraus.

Fall XIII/2937. 80 J., seit 16 Jahren 4 mal akute komplete Harnverhaltung, in der Zwischenzeit kein Katheterismus. Einmal vor Jahren soll, angeblich spontan, eine schwere Haematurie eingetreten sein. Seit 3 Tagen wiederum vollständige Harnverhaltung. Die mit sehr schlechtem Katheter, ohne Antisepsis vom Arzt vorgenommenen Katheterisierungen waren von starken Blutungen aus der Harnröhre gefolgt. — Sehr rüstiger, kräftiger Mann. Arteriosklerose. 39° (seit gestern Fieber), Puls 95, Zunge rot, trocken. Prostata viellappig, stark geschwollen, schwammig weich. Wäsche und Bett blutig; aus der Harnröhre sickert Blut. Elastischer Mercierkatheter 20 passiert leicht, entleert über ½ l schmutzigroten Harn mit Blutgerinnseln. Sediment: Blut, Eiter, Bakterien, sehr zahlreiche zipflige und runde polymorphe gelbgekörnte Epithelien. Ueberstehender Harn wird klar, bleibt aber rot. Filtrat mit 1—2‰ Eiweiss. — Der eingeführte Katheter wird liegen gelassen, befestigt; gründliche Spülung mit $^1/_{1000}$ Lapis, welche täglich 1—2 mal vom Arzt wiederholt wird, Chinin intern, reichliches Getränk; Wärter angestellt und beauftragt, 6stündlich reichlich zu spülen. — Die Haematurie wie das Fieber hörte am nächsten Tage auf, nach 8 Tagen wird an Stelle des Verweilkatheters intermittierender Katheterismus verordnet, Lapisspülungen fortgesetzt — Heilung.

Es ist verkehrt, bei jeder akuten kompletten Retention Verweilkatheter einzulegen; wenn aber schwere Katheterblutungen der Urethra prostatica hinzukommen und diese bereits zu einer akuten Harninfektion geführt haben, so ist notwendig: die Schonung der Harnröhrenwunden, der Schutz der Harnröhrenwunden vor dem infektiösen Harn, die Drainage der Blase, die Sicherung des Harnabflusses gegenüber den Schwierigkeiten oft von Laien zu wiederholender Kathetereinführung — allen diesen Anzeigen wird der Verweilkatheter gerecht; — bz. der Hämostase wirkt er als Deckverband und Fixationsverband.

Ich führe nun noch als drittes, wenn auch exzeptionelles, Paradigma der Katheterblutungen den von mir nicht als behandelndem Arzt, aber als Zeuge miterlebten Fall an: 60er, Prostatiker, hat einen Metallkatheter zum Selbstkatheterismus, wird eines Morgens mit diesem Katheter in der Hand, in einer Blutlache, die aus der Harnröhre gequollen, tot, verblutet aufgefunden. Die Blutungen aus den falschen Wegen, den Tunnellierungen der Prostata nehmen in der Regel keinen direkt tötlichen Ausgang, sind aber wegen der konsekutiven oder konkomitierenden Retentio et Infektio urinae acuta in hohem Grade lebensgefährlich. Bei den Blutungen mit reichlicher Gerinnselbildung muss man den Verweilkatheter weit, mindestens Charrière 20, wählen, die Gerinnsel nicht nur herausspülen, sondern aspirieren, zur Aspiration benutzt man einen sehr stark gekrümmten, weiten Metallkatheter und eine Spritze mit entsprechend weiter Ausflussöffnung. Im grossen und ganzen sind die Bedingungen für die spontane Blutstillung nicht ungünstig, da eine gefüllte Blase die Prostata nach unten drückt, und sie also zwischen sich und dem muskulösen Damme fixiert, da ferner reine Wunden der Harnröhrenschleimhaut schnell und leicht heilen. Ich selbst bin bis heute mit allen Hämaturien ohne Cystotomie fertig geworden; jedoch kommt es vor, dass die blutende Prostata freigelegt und mit den chirurgischen Methoden örtlicher Blutstillung behandelt werden muss (Fall von Adler bei v. Frisch l. c. S. 636, Fall von Adénot, Archives prov. de chirurgie 1902 févr.) (vergleiche Schluss).

II.

Eine ganz andere Ursache haben und eine ganz andere Behandlung erfordern die bei Prostatikern vielleicht ebenso häufigen Hämaturien „e vacuo".

Fall XX/507. 70 J., vor 6 Jahren 1., vor 2 J. 2. Retentio acuta completa, vor ½ J. 3. Nach der letzten scheint die Retention chronisch geblieben zu sein, trotz galvanokaustischer Prostatomie. Seit 2 Monaten trotz Harnbeschwerden nicht mehr katheterisiert. Zur Zeit (1904) keine Dyspepsie, kein Fieber, Allgemeinzustand befriedigend. Prostata sehr breit, gross, lang, glatt, mittelhart. Katheterisierung sehr leicht. Harnt spontan 75, Rest 250 ccm. Es besteht Cystitis, Patient soll regelmässig zur Evakuation der Blase kommen, tut das aber nicht; es entsteht eine Rekrudeszenz der Cystitis, alsdann eine Haematuria; während der ganze durch den Katheter entleerte Harn von Anfang bis zu Ende gelb, blutfrei war, folgen unmittelbar auf den letzten aus dem Katheter tropfenden Harn Blutstropfen, die allmählich reichlicher, schneller aus dem Katheter abfliessen. Seitdem ist aller Harn in allen Portionen gleichmässig bluthaltig, rotbraun, schmutzigtrüb; weder besteht praemiktionelle, noch postmiktionelle, noch urethrale Blutung. Durch nunmehrig regelmässige 12stündliche Evakuation, und Injektion von $^1/_{500}$ Lapis in die Blase wird die Cystitis in 2—4, die Haematurie in 8 Tagen zur Heilung gebracht, Patient mit klarem Harn und beschwerdefrei entlassen. Hat sich alsdann noch 2 Monate täglich, seitdem 8tägig katheterisiert. Nach 1 Jahr (1905) 12./VII. Harn fast klar, eiweissfrei. Seit 8 Tagen kein Katheterismus, aber sehr viel Wasser getrunken. Harn ca. 100; Katheter, sehr leicht einführbar, entleert

ca. 125 g klaren Harn: nunmehr wird wieder plötzlich der Harn blutig; es entströmt fast reines Blut, ca. 25—50 ccm! Wiederum in einigen Tagen durch regelmässige Katheterisierung und Lapisinjektionen in die Blase Haematurie geheilt.

Es handelt sich hier um eine durch Entlastungshyperämie verursachte Hämorrhagie der Kapillaren oder Venen der Schleimhaut der Harnblase. Voraussetzung ist, dass die Blase überdehnt, also trotz stärkerer Harnverhaltung längere Zeit nicht entleert, plötzlich mit Katheter schnell und vollständig geleert wird. Verhüten wird man sie, wenn man bei chronischer inkompletter Retention sich nicht durch die spontane Miktion verleiten lässt, zu glauben, es finde auch eine spontane Entleerung der Blase statt. Leider aber finde ich mich noch immer oft vor dem fait accompli, dass Patienten, welche bereits das Zeichen hochgradigster Verhaltung, die Polyurie und die Enuresis, seit Monaten, ja seit Jahren darbieten, bisher unbehandelt sind. Die „e vacuo" Hämaturien solcher Fälle von Retentio chronica incompleta magna cum distensione sind zuweilen viel schwerer als der oben beschriebene Fall bei einer schon lange katheterisierten Retention. Indem man bei solchen Fällen den meist ½, 1, ja 2 Liter betragenden Harnteich nicht auf einmal ablässt, sondern nur Tag für Tag verkleinert, gewinnen die Blutgefässe Zeit, sich dem veränderten Druck anzupassen. Dass die Schleimhaut entzündet sei, ist nicht erforderlich, damit diese Entlastungsblutung eintrete; aber Entzündung verschlimmert und begünstigt ihr Auftreten. Die Therapie kann also keine radikale oder örtlich hämostatische sein: auch der nephropetale Ueberdruck des Harns erfordert diejenige schrittweise, erst in 3, 8, 10 Tagen vollendete Entlastung, mit welcher man die Hämaturie einschränkt. Sehr starke Höllensteinlösungen, bis $^1/_{500}$ habe ich an Stelle des abgelassenen Harns eingespritzt, wirksam gefunden; 100—200 cg 3% Borsäurelösung zu ½—1 Liter Harn hinzugefügt, können nicht viel antiseptisch wirken. Es bessert die Prognose in etwas, aber es erhöht die Verantwortung um ein erkleckliches, dass man hier gewöhnlich noch einen aseptischen Zustand vor sich hat. Gelingt es weder die Blutung, noch die Infektion zu verhüten, so ist in den vorgeschrittenen Fällen, auch ohne dass die Blutung abundant wird, die Prognose eine verzweifelte; Pyelonephritis, Sepsis, Kachexie, Insufficientia renalis pflegen den Anteil der Blutung am Exitus letalis zu verdecken. Bei der Behandlung von 22 Prostatikern des letzten Stadiums (Distension, Polyurie, Enuresis) sah ich öfters Hämaturia e vacuo, aber keinen Verblutungstod.

III.

Hämaturien durch Komplikationen würden, vom wissenschaftlich-systematischen Standpunkte aus, nicht hierher gehören; ich habe aber die Absicht, die Hämaturien der Prostatiker vom praktisch-therapeutischen Standpunkt aus zu erörtern. Und da ist es, will man nicht überflüssige und erfolglose Therapie treiben, notwendig, daran zu denken, dass zwei Arten von Ursachen sehr oft Hämaturie beim Prostatiker bedingen, nämlich a) chronische Cystitis und b) Calculosis.

a) Die Hämaturie der chronischen Cystitis ist eine totale vesikale, es blutet nicht vor und nicht nach der Miktion aus der Harnröhre; einfach der Harn ist blutig. Er ist aber nicht bloss — und daraus lässt sich die Diagnose dieser Form meist stellen — blutig, sondern zugleich stark eitrig, meist, da es sich um alte schwere Cystitiden handelt, alkalisch, stinkend, eitrigrotzigblutig. Die Bildung papillarer Vegetationen, durch produktive Umwandlung von Gefässgeweben und die interstitiellen Hämorrhagieen der Submucosa wurden von Hallé und Motz bei der histologischen Untersuchung chronischer Cystitiden öfters vorgefunden. Ich habe diese hämorrhagische Cystitis bei den Prostatikern mit Distension fast gar nicht, bei kompletter Retention vorwiegend bei vernachlässigten, seit

Jahren infizierten Männern gesehen.

Die Behandlung dieser Hämaturie fällt zusammen mit der Therapie der Cystitis: durch die Nutzbarmachung der zahlreichen internen Urinantiseptika zugleich mit einer sehr geduldigen und sehr gründlichen örtlich antiseptisch-adstringierenden Behandlung habe ich meistens guten Erfolg, nicht etwa gänzliche Heilung der Cystitis, sondern Beseitigung der Blutung erzielt; es ist mir dabei oft aufgefallen, welch' raschen Umschlag der blosse Ersatz der schmutzigen, unordentlichen Spülerei der Patienten durch das rationelle, reinliche, gründliche, nicht scheinantiseptische Verfahren des Arztes hervorrief.

b) Die Haematuria calculosa ist aus ihren Charaktern und der Koinzidenz mit Urat- oder Phosphat- oder Oxalat-Diathese zu erkennen. Sie ist 1. mikroskopisch persistent, in jedem Harn findet man einige Erythrozyten, 2. makroskopisch durch Bewegung herbeigeführt, durch Ruhe beseitigt. — Es ist oft sehr schwer, aber immer notwendig, sie beim Prostatiker zu erkennen; denn alle die bisher erörterten Verfahren (s. o. I, II, IIIa) werden sie gar nicht beeinflussen, sondern lediglich die litholytischen internen Methoden, und falls grössere Konkremente in den Harnwegen sitzen, deren Entfernung. Die Wirksamkeit einer gut geleiteten Trinkkur mit Wildunger Hellenenquelle ist für die Diagnose der uratischen und oxalatischen Hämaturie ein Prüfstein, wie die Wirksamkeit des Natr. salicyl. für die Diagnose der Polyarthritis rheumatica acuta!

IV.

Wir kehren jetzt zu den in der Einleitung erwähnten spontanen Prostatablutungen unbehandelter Prostatiker zurück. Mir scheint, dass zur Klärung der Frage der Häufigkeit der spontanen Prostatablutungen nur die Verwertung von Fällen bisher örtlich unbehandelter Patienten zulässig ist. Denn hat schon eine örtliche Behandlung stattgefunden, so ist in vivo die Ausschliessung von Trauma und von Infektion zuweilen recht schwierig.

Mit dieser Einschränkung untersucht, haben meine beiläufig 200 Krankengeschichten von Prostatikern eigentlich weder die v. Frisch'sche noch die Guyon'sche Anschauung bestätigt; immer wieder lese ich nach: „nie Blut, nie Kolik"; da ich immer nach Blutungen frage, kann ich sie auch nicht übersehen haben.

Zwei Arten spontaner Blutungen kommen vor:

a) Prämonitorische leichte Blutung:

Fall XI/2403. 72 J. Sehr rüstiger, kräftiger Mann; in der Jugend leichte Gonorrhoe, geringe chronische Bronchitis, Neurasthenie. Schon seit 7 Jahren muss er Nachts mehrmals harnen, auch bei Tag kann er nicht immer den Harn so lange halten, wie in früheren Zeiten. Nach längerer Ruhe und nach langem Anhalten des Harns wird es ihm etwas schwer, die Blase zu entleeren. Im 67. Jahre hat er vielleicht 10 mal bemerkt, dass Blut aus der Harnröhre kam, zugleich kam Samen; es geschah des Nachts, war nicht viel; Tags war der Harn nicht mehr blutig. — Die Prostata ist hart und vergrössert; die Hypertrophie ist eine ungleichmässige in beiden Seitenlappen, mehr rechts als links, zu konstatieren. Der Harn ist normal, der Patient im übrigen ganz gesund. Ich habe diesen Patienten seit 8 Jahren, und seit 5 Jahren nach jenen Blutungen unter Augen. Die Prostatahypertrophie ist im 1. Stadium — Dysurie ohne Retention mit zeitweiligen Exazerbationen — geblieben; von einem malignen Tumor kann nicht die Rede sein.

Eine aktive Behandlung solcher prämonitorischer minimaler Prostata — bezw. Urethra prostatica — Blutungen, welche sich auch als Hämospermie, Ejaculatio sanguinea zeigen können, ist überflüssig und schädlich.

b) Schwere, intermittierende, spontane Prostatahämorrhagie.

Fall XX/393—573. Seit dem 65. Lebensjahr (1903) in Behandlung.

1900—1903. Der bisher stets gesunde, sehr tätige Mann, hat zuweilen heftigen Harndrang. Von Zeit zu Zeit wird der Harn plötzlich blutig, und zwar besonders nach Fahrten über Land in offenem Wagen; meistens ist nach 1, 2 Tagen der Harn wieder klar; Patient pflegt sich dabei zu Bett zu legen und zu pappen. Wiederholt ist mit der Blutung aber auch Harnverhaltung eingetreten; es ist dann einige Tage lang katheterisiert worden, und dannach immer Heilung eingetreten; zugleich hat der ängstliche Patient immer Bettruhe innegehalten.

1903, April. Sehr starke Hämaturie mit Gerinnselbildung und Verhaltung.

23. Juni. Kräftiger, grosser, gut gebauter und gut genährter Mann. Herz: Töne rein, Aktion erregt, Puls gross, voll, rhythmisch. Lungen: gesund. Harn klar, mit Nubecula, ohne Eiweiss, s = 1025; im Sediment Oxalatkalkkristalle, Harnsäurekristalle, einige Leukozyten, keine Erythrozyten. Prostata rektal mässig gross, recht breit, per rectum mit dem Finger übersteigbar. Steinsonde leicht einzuführen, kann aussen nicht gehoben werden, das äussere Ende steht, nachdem der Schnabel die Blase erreicht hat, sehr tief, ist nicht nach beiden Seiten in der Nähe des Blaseneingangs gleich frei beweglich, fühlt nichts von Stein. Im Anschluss an die Sondierung sehr starke Blutung der Prostata; 20 Stunden nachher ist der Harn noch rotgelb, enthält vorwiegend Blut, ½ ‰ rötliches Eiweiss im Filtrat, 40 Stunden nachher ist der Harn klar.

29. Juni. Harn klar, frei von Eiweiss, Eiter, Blut.

6./VII. Es beginnt wieder, 14 Tage nach dem letzten Eingriff, eine spontane Hämaturie.

8. und 9./VII. wegen Retentio je ½ l Blutharn mit Kathetern entleert, nachdem mit Borlösung gespült, zuletzt 1—2 ccm $^1/_{1000}$ Adrenalin in die Blase gebracht; intern nahm Patient mehrmals 20 Tropfen $^1/_{1000}$ Adrenalin. Am 10. ist der Harn wieder klar, und die Blase leert sich.

1904, November. Schwere Spontanhämaturie, wegen deren Patient 9 Tage im Hospital lag.

1905, Mai. Bisher nur zeitweise mässige Entleerungsbeschwerden und leichte Blutungen, die nach einigen Tagen Bettruhe und Hitzeanwendung beseitigt wurden, ohne Eingriffe.

1905, Juni. Heute ist rektal die Prostata allseits sehr gross, aber überall weich, eindrückbar, auf blosse Berührung tritt reichlich graues homogenes Prostatasekret zur Harnröhre aus. Harn klar, dunkelgelb, eiweissfrei. Weicher elastischer Mercierkatheter wird leicht und ohne Blutung eingeführt, entleert 150 g Restharn, ¼ Stunde post mictionem. Füllung der Blase mit 150 g Borlösung. Cystoskop gut einführbar, erst bei extremster Senkung des Griffs und tief bauchwärts gedrucktem Glied tritt die Blase ins Gesichtsfeld. Die Grenzen zwischen Prostata und Blase ist nur oben glattrandig; unten, rechts und links wird sie durch dunkelrotschwarze ungeformte mächtige Wülste gebildet. Intravesikal, extra-prostatisch kein Tumor, kein Stein. Die Blasenschleimhaut ist oben weisslich, rauh, im Fundus und an den Seitenwänden dunkelrot, sammetartig, ohne deutliche Gefässzeichnung.

Erst zum Schluss der Cystoskopie beginnt durch ausgiebige Bewegung des Instruments die Prostata zu bluten; durch reichliche Spülungen mit Borlösung wird die Blutung gestillt; zum Schluss $^1/_{1000}$ Lapis in der Blase belassen. —Nach der Cystoskopie keine anhaltende Hämaturie mehr.

Also: grosse weiche Prostata, intermittierende Schwellungen der Prostata, intermittierende Spontanhämaturien ohne und mit Harnverhaltung, intermittierende Harnverhaltung ohne Blutung, das sind die klinischen Charakter dieser Fälle. Ich muss gestehen, dass ich erst im dritten Jahre, auf Grund der Cystoskopie, eine Blasengeschwulst ausgeschlossen und die Diagnose fixiert habe; denn in-

termittierende Spontanhämaturien mit freien Intervallen sind das klassische pathognomonische Symptom der benignen Blasengeschwülste.

Unter 200 Prostatikern habe ich noch einen analogen Fall.

Fall VIII/1836. 71 J., nie schwerkrank, nie geschlechtskrank. Seit 10 Jahren leidet er an Anfällen von Bluthärnen, die ganz von selbst beginnen und so stark werden, dass sie Gerinnsel bilden, die die Harnröhre verstopfen. Während der Blutungen muss Patient oft harnen; seit 1 Jahr katheterisiert er sich bei und nach den Blutungen einige Tage lang. Die bisher längste Blutung dauerte 9 Tage. In den Zwischenzeiten ist der Harn klar, Patient beschwerdefrei.

Graubleicher, fettleibiger, kleiner Mann, von kräftigem Knochen- und Muskelbau, ohne Oedeme, ohne Exantheme; Prostata sehr gross. Cystoskopie: Grosse in die Blase hineinragende, von der Prostata ausgehende Hypertrophie, keine Blasengeschwulst. Nach 15jähriger Dauer der intermittierenden Hämaturien, im 76. Lebensjahr, ist Patient gestorben.

Hiernach kann ich weder bestätigen, dass winzige oder heftige Spontanhämorrhagien aus der Prostata bei Hypertrophie häufig sind — sah ich sie doch nur in zirka 2% der Fälle — noch zugeben, dass sie einen malignen Tumor der Prostata beweisen; aber freilich erwecken sie den Verdacht; denn bei diesen (Sarkomen und Karzinomen) kommen sie in 20—30% der Fälle vor.

Was die Behandlung dieser letzten Kategorie von Blutungen anbetrifft, so ist auch ihre Hauptaufgabe: Entleerung der Blase mit weitem, halbweichem Katheter, Herausspülung, eventuell Ansaugung der Gerinnsel mit Spritze oder Pumpe, gründliche Desinfektion der Blase; örtliche Applikation hämostatischer Mittel in Urethra prostatica ist hier gewiss rationell. Ich habe Adrenalin verwendet.

Die medikamentöse Hämostase spielt, wie wir sahen, eine recht bescheidene Rolle gegenüber den Blutungen der Prostatiker.

Die Ursache der Blutung in jedem Fall ergründen, die Bedingungen ihrer Entstehung und die Folgen ihres Fortbestandes für die Tätigkeit der Harnblase einschränken und beseitigen, ist meist wichtiger, als den Blutverlust zu bekämpfen. Jedenfalls darf man nicht — wie es leider oft geschieht — das eine (interne Hämostase) tun und das andere lassen. Bei der Beurteilung der Hämostatika will ich, da ich sie bei Prostatikern zu wenig zu verwenden brauchte, auch meine Erfahrungen bei anderen Hämaturien berücksichtigen.

Das Adrenalin hat, intern gegeben, anscheinend bei mehreren meiner Patienten gut gewirkt; Johnson[4]) konnte einen Patienten, dem er 10 g (?) $^1/_{4000}$ in die Harnröhre eingespritzt hatte, nur mit knapper Not vom Kollapsexitus retten; der Patient war 10 Minuten ohne Puls; es heisst, dass die Harnröhre mit der Lösung angefüllt wurde; man kann annehmen, dass dabei 10 g zur Verwendung, als 0,0025 Adrenalin zur Resorption kommen konnten. Man wird sich bei der Anwendung des Adrenalins in der Urologie vor Augen halten müssen, dass die Harnröhre und auch die Blase, falls sie blutet, kräftig resorbieren. — Stypticin habe ich bei Hämaturie schon einmal mit Erfolg angewandt; dahingegen habe ich von Gelatine (die ich per os gab) einen Erfolg nicht gesehen. Deschamps (Annales d. m. d. org. génito-urinaires 1905. p. 1616) hat einem Prostatiker, der plötzlich von einer schweren Blutung mit Verhaltung ergriffen wurde, die schon zu Herzschwäche („petitesse du pouls, dyspnée, pâleur etc.“) geführt hatte, nach Leerung und Spülung der Blase 15 ccm einer Lösung von Antipyrin 5,0 bis 10,0, Gomenol. 10,0, Ol. oliv. sterlis. 100,00 in die Blase gebracht und darin belassen, mit dem Erfolg, dass

[4]) Johnson. Amer. Med. Assoc. 7. Oktober 1905. Annales d. m. genit.-urin. 1901. I.

beim Katheterismus nach 6 Stunden der Harn weniger, nach weiteren 12 Stunden gar nicht mehr blutig war. Antipyrin ist bekannt als ein Mittel, welches die Kontraktilität der Harnblase, ihre Empfindlichkeit gegen Ausdehnung und gegen Topica herabsetzt, sowohl bei intravesikaler, als auch bei rektaler Applikation; ob es in Deschamps Fällen — er berichtet noch zwei andere — auch durch Verhinderung der Kontraktionen blutstillend wirkte, erörtert Vrf. nicht; jedenfalls möchte ich darauf hinweisen, dass Antipyrin ein Herzgift ist und also bei Verblutungen besondere Vorsicht in der Anwendung fordert.

Die operative Behandlung der Blutungen bei Prostatikern ist sehr selten angezeigt. Wann der Augenblick gekommen ist, die Blase schnell zu öffnen und die blutende Stelle durch mechanische Kompression mittels Tampons oder durch Galvanokaustik oder durch Adrenalinapplikation direkt zu behandeln, darüber lassen sich Regeln nicht aufstellen; wenn auch durch weite Katheter aus Metall nichts kommt, als immer frische, grosse Blutgerinnsel, wenn aus der Harnröhre nebenher ununterbrochen frisches, hellrotes Blut läuft, wenn die Zunahme der suprasymphysären Blasendämpfung beweist, dass es heftig in die Blase hineinblutet, wenn zudem bedrohliche Zeichen akuter Anämie sich einstellen, so dürfte wohl nicht mit Versuchen von subkutanen Injektionen hämostatischer Mittel Zeit zu verlieren, sondern das blutende Organ freizulegen sein.

Die Radikaloperation der hypertrophischen Prostata durch Exstirpation kann unter Umständen durch die im vierten Abschnitt beschriebenen intermittierenden Spontanhämaturien, falls sie wiederholt den Patienten in schwere Lebensgefahr gebracht haben, angezeigt erscheinen; die suprasymphysäre totale subkapsuläre Prostatektomie ist am ehesten angebracht; der Operateur würde sich bei derselben auf sehr heftige Blutungen gefasst machen müssen; nach gewissenhafter Erwägung aller Umstände wird man die Gefahr des Eingriffs gegen die Gefahr des — an und für sich gutartigen — Leidens abwägen müssen.

Ueber das Sajodin.*

Von Dr. Theodor Mayer.

Ein neues Jodmittel ist von Emil Fischer und J. v. Mering in die Wissenschaft eingeführt worden. Das Calcium-Salz der Monojodbehen-Säure, die durch Anlagerung von Jodwasserstoff aus der Eruca-Säure entsteht, hat die Zusammensetzung $(C_{22}H_{42}O_2J)_2Ca$ und wird von den Entdeckern mit dem Namen Sajodin (monojodbehensaures Calcium) bezeichnet. Ein chemisch feste Stoff, in Wasser unlöslich, enthält das Präparat 26 Proz. Jod, also jedes Gramm 0,26 (während Jodkalium bekanntlich 76 Proz. trägt). Die erforderlichen Vorversuche über Verwendbarkeit und Wirksamkeit sind in positivem Sinne ausgefallen. Es erscheint deshalb wohl angezeigt, praktische Ergebnisse, welche mit Sajodin erzielt sind, hier mitzuteilen. Das Präparat war uns Ende September zur klinischen Prüfung übergeben, und wir haben seitdem eine Reihe von Patienten damit behandelt. Die erste Voraussetzung, dass das Mittel unschädlich ist und gut vertragen wird, traf ohne weiteres zu. Es wird anstandslos und gern genommen, da es keinerlei Geschmacksempfindung erregt und den Verdauungs-

*) Aus „Dermatolog. Zeitschr.", Bd. XIII, Heft 3 (1906).

traktus gänzlich unbelästigt lässt. Hierin liegt sein wesentlicher Vorzug vor anderen Jodmitteln. Jedwede der bekannten belästigenden Nebenwirkungen bei sonstigem Jodgebrauch scheint ihm abzugehen. Zwar ist bei dem nicht unbeträchtlichen Gehalt an reinem und, soweit die Verarbeitung im Organismus in Betracht kommt, anscheinend nur lose gebundenen Jod kaum anzunehmen, dass beliebig grosse Dosen nicht schliesslich gleichfalls zum Jodismus führen können. Uns ist jedoch ein Vorkommnis dieser Art nicht begegnet. Wir fingen mit ein bis zwei Gramm als Tagesdose an und steigerten hernach in beliebiger Quantität zu der durch den vorliegenden Krankheitsfall und zwar bis zu 5 Gramm und selbst 6 Gramm gebotenen Höhe. Bei jedem Arzneimittel — namentlich in therapeutischen Versuchen — wird man wohl ohnehin stets nur so viel wie erforderlich, aber nicht mehr als nötig verabreichen. Die Maximal-Dosis des Sajodins jedoch dürfte recht hoch gelegen sein. Für uns lag ein Anlass bis jetzt nicht vor, sie festzustellen, da mit Darreichung einiger Gramm pro die stets und prompt alles zu erreichen war, was Jod überhaupt zu leisten vermag.

Die Kontrolle des Jods ist immerhin auf eine begrenzte Anzahl von Symptomen beschränkt. Geben wir es auch einigermassen wahllos mit und ohne Merkurialien, in frühen und späteren Stadien, so sind es doch allein die gummösen Erscheinungen, wo sich eine augenfällige und meist ziemlich sichere Wirkung scharf erkennen lässt. Krankheitsherde dieses Typus reagieren fast stets einigermassen prompt, und nur an ihnen lässt sich feststellen, ob eine Jodverbindung überhaupt den gewünschten oder gar einen stärkeren Erfolg als andere herbeizuführen vermag. Den Unterschied in Bezug auf intensivere spezifische Wirksamkeit wird man gleichwohl nur ausnahmsweise mit Sicherheit feststellen können, denn der Erfolg hängt niemals vom Medikament allein, sondern auch von Beschaffenheit und Gradentwicklung der anatomischen Unterlage ab. Das eine alte Syphilid wird auf Jod in wenigen Tagen, das andere erst nach längerer Zeit und schliesslich doch nicht nur auf Jodpräparate allein zur Resorption gelangen. Denn so wesentlich die Jodtherapie in das Gewicht fällt, selbst die erprobten Jodkalium- und Jodipin-Anwendungen bedürfen zur endgültigen Austilgung auch späterer Erscheinungen nicht selten der Ergänzung durch Quecksilberkuren, sei es auch nur zu grösserer Festigung und Konstanz des Erfolgs. Zur Feststellung und Bewertung eines neuen Mittels ist es selbstverständlich notwendig, sich auf seine ausschliessliche Wirkung zu beziehen. Die hierzu passenden Krankheitsfälle kommen jedoch auch in einem grösseren Material nicht alltäglich vor, namentlich in einer dermatologischen Klinik, wo die eigentlichen Hautkrankheiten vorwiegen. Trotzdem haben wir das Sajodin an nahezu einhundert Patienten, Vor- und Nebenversuche nicht eingerechnet, angewendet und dabei im ganzen mehrere Kilogramm verwertet. Die ursprüngliche Dosis von nicht mehr als zwei Gramm täglich erwies sich bald als zu gering. Wir gaben deshalb meist viermal täglich ein Gramm als Pulver. Schon die Form ist vorzuziehen. Statt der Jodkalium-Lösung oder der immerhin umständlichen grossdosigen Jodipin-Injektion werden die indifferent schmeckenden Pulver aus rein äusserlichen Gründen zum Gebrauch willkommen erscheinen. Um so mehr, als der therapeutische Effekt den üblichen Mitteln mindestens gleich, eventuell durch Steigerung der Gabe noch höher zu erachten ist. Hierüber ist nach Kürze der Zeit und in Rücksicht auf die deshalb nur geringe Krankenzahl noch nicht zu entscheiden. Zunächst stellt sich die Frage, ob das anscheinend stets gut bekömmliche Sajodin dasjenige leistet, was zu verlangen ist, nämlich tuberöse Spätsyphilide ohne weiteres Zutun zum Verschwinden zu bringen. Hierauf ist ohne weiteres in bejahendem Sinne zu antworten und damit gleich ausgesprochen,

dass das neue Mittel auch sonst überall anwendbar sein muss, wo die interne Anwendung des Jod in Frage kommt.

Jedenfalls wirkt Sajodin auf das — von mancher Seite noch so genannte tertiäre — Spätsyphilid, und zwar so eindeutig und sicher, dass ein Zweifel nicht bestehen kann. Folgende Beobachtungen, aus den während der letzten vier Monate gemachten Aufzeichnungen gewählt, mögen dies erweisen. Bei einem 34jährigen Manne bestand an der Hüfte ein schwammförmiges Spätsyphilid. Es war nach Gebrauch von i. g. 60 g im Verlauf von fünf Wochen gänzlich vernarbt. Das tubero-serpiginöse Syphilid der Kniegegend und ein gummöses Ulcus der Wade einer 29jährigen Frau war nach vierzehn Tagen durch 40 g verblasst bezw. in Zuheilung. Ein maculo-papulöses Exanthem verschwand nach der gleichen Gabe (40 g). — papulo-tuberöses im Bart (32jähriger Mann) ging auf 40 g in völlige Ausheilung über; ebenso hinterliess ein papulöses Spätsyphilid am Kinn (behandelt vom 7. X. bis 30. X. 1905 mit zus. 30 g) nichts als leichte Pigmentierung. Auch die gummöse, schmerzhafte Periostitis am Unterschenkel eines 34jährigen Arbeiters verkleinerte sich (60 g) bis auf unwesentliche Reste. Krustenbelegte Papeln am Membrum verschwanden in der Zeit vom 10.—31. X. auf 30 g Sajodin; ebenso in 20 Tagen und nach 20 g ein makulöses Exanthem nebst Papeln am Kinn. Ein derb infiltriertes Syphilid des Rückens und der Oberarme dagegen verbrauchte innerhalb zweier Monate 170 g (ohne jede Nebenwirkung) bis zum Schwund der Gewebeveränderung und dem Abblassen des Inkarnats. Dagegen verschwand eine syphilitische Angina in fünf Tagen (4,0 pro die). Wichtiger erscheint ein Vorkommnis, wo gummöse Effloreszenzen des behaarten Kopfes mit Erscheinungen von cerebraler Lues aufgetreten waren. Die Neubildung sowie die bestehenden Kopfschmerzen gingen auf dreiwöchentlichen Gebrauch (45 g) zurück. Die objektiven Symptome des Nervensystems bestanden noch fort und mussten weiteren Kuren unterzogen werden. — Eine Glossitis gummosa (Patient 27 Jahre alt) verschwand nach Einnahme von 40 g in der Zeit vom 20. X. bis 17. XI. Ulcera cruris spezifica von Pfennig- bis Talergrösse sind bei Patientin A. R. auf 70 g innerhalb 45 Tagen zur Vernarbung gelangt, ebenso gingen bei einem 50jährigen Manne multiple Gummiknoten der Ober- und Unterschenkel, nebst Proctitis auf dieselbe Dosis eklatant zurück. Im gleichen Sinne beeinflusst wurden ausgebreitete Syphilide am Rumpf eines 28jährigen Patienten, serpiginöses Infiltrat am Halse (2. XI. bis 2. XII., 30 g), ein gleiches und zwar ulzeriertes der Unterlippe (8. XI. bis 6. XII., 1905, 80 g), sowie ein gummöser Spätherd auf dem Hinterhaupt (die begleitenden Nackenschmerzen gingen rasch zurück). Bei einem anderen Kranken mit ausgebreitetem Papel-Spätexanthem war der Rückgang nur gering; Patient hatte innerhalb fünf Wochen jedoch aus Nachlässigkeit nur im ganzen 30 g genommen (ambulatorisch). Aehnlich ging es mit einem anderen serpiginösen Syphilid der Unterlippe, das nach 40 g keine wesentliche Besserung zeigte. Es waren diese im Zeitraume eines Monats verbraucht. Auch andere Darreichung würde deshalb wohl kaum mehr beschafft haben. Zudem ist zu bemerken, dass keineswegs in jedem einzelnen Falle von Spätlues die Symptome auf Jodmedizin glatt abheilen müssen. Mischinfektion mit Staphylokokken, sykotische Wucherung rupiöser Gebilde, Bindegewebswucherung und akzidentelle Granulationen trotzen unter Umständen jeder spezifischen (auch der kombinierten Jod-Hg.-) Kur, selbst wenn sie von diätetischer, Brunnen- und Bäderbehandlung unterstützt wird. Dann hilft eben nur der chirurgische Eingriff, die Forträumung der Wucherung mit dem scharfen Löffel, die Abtragung ganzer Gewebsbezirke mit dem Messer. Neuerdings ist als Beihülfe, vorwiegend an den Extremitäten, noch die Bier'sche Stauung zu nennen.

Kurz, der wohl unausbleiblicherweise hier und da auftretende Mangel an durchschlagender Heilwirkung ist nicht ohne weiteres dem gewählten Präparat, hier dem Sajodin, sondern der Jodtherapie im ganzen zuzurechnen. Dies sei hier nur erwähnt, um einer Uebertreibung und Ueberschätzung vorzubeugen, wie sie bei neu einzuführenden chemischen Mitteln nachteiligerweise vielfach einreisst. Unsere Aufgabe war nur, festzustellen, ob das Sajodin gut vertragen wird (das ist der Fall), ob es überhaupt qua Jodmittel im stande ist, spezifische Heilkraft zu entfalten (auch dies trifft zu) und ob endlich bei der Anwendung etwa die Notwendigkeit eintritt, es zu Gunsten anderer Jodmittel auszusetzen (hiervon ist uns ein Beispiel nicht begegnet).

Zum weiteren Belege sei noch folgendes berichtet: Ein Patient O. R. nahm und vertrug 120 g innerhalb eines Monats (15. XI. bis 18. XII.); sein tuberöses Syphilom am Bauch ging dabei ganz zurück, es verschwand. Andere heilten an Ort und Stelle aus (Daumen und Gesäss). Bald darauf kamen neue Effloreszenzen (in der Palma) zum Vorschein. Hier waren 80 g in 23 Tagen gegeben. Positive Beeinflussung durch das zu prüfende Jodcalciumsalz: ein länglich ovaler, tiefroter Herd mit ausgezackter Begrenzung am inneren Knöchelrande, von alten Narben umgeben, ein serpiginös-papulärer Ausbruch rings um die linke Ohrmuschel, ein Spätsyphilid der Glutäal-Gegend und auf dem Kopf, ein gummöses Zerfallsgeschwür am 3. Finger der linken Hand (40 g), spezifishe Eruptionen von Dreimarkstückgrösse am Oberschenkel des einen und Rupia am Unterschenkel eines anderen Kranken. Hier zeigte sich schon nach 20 g deutliche Besserung.

Im Dezember klagte ein bereits in Behandlung begriffener Patient über Jodschnupfen (nach KJ.). Als nunmehr Sajodin verabreicht wurde, blieb der Schnupfen aus. — Eine 21jährige Frau konnte das gebräuchliche Jodkalium (5:200) nicht vertragen. Sie nahm die neuen Pulver ohne Beschwerden. Spezifische Orchitis ging unter greifbarer Verkleinerung des Hodens zurück (40 g). Bläulich gedunsene nierenförmige Gummi-Knoten beider Unterschenkel (poliklin. Pat. 8850) hatten nach Verbrauch von 20 g ihre bezeichnete Farbe und Form verloren. Ebenso ergab serpiginöskrustöse Spätform im Capillitium schon in der ersten Woche (30 g) die übliche therapeutische Bestätigung der Diagnose — und zugleich die Verwertbarkeit des monojodbehensauren Calciums. Ebenso ging es bei Spätlues der Oberlippe einer 66jährigen Frau J. E., und derselben Affektion in der hinteren Nackengegend der 50jährigen Frau E. Z. Gummöse Skrotalgeschwüre und andere Knoten, Infiltrate, Ulcera, sowie Kopf- und Beinschmerzen, Periostitis und Ostitis, kleinere und umfassendere Ausbreitungen, namentlich der Hautsyphilis — alle haben übereinstimmend die Tendenz gezeigt, auf Sajodin zurückzugehen, und soweit dies nach Lage des Falles und der Verhältnisse auf ein Jodmittel hin überhaupt zu erwarten war, auch zu vollständiger örtlicher Ausheilung zu gelangen. Patienten jeden Alters und jeder Lebenslage, ausgesucht allein nach der vorliegenden Indikation, reagierten in einem für das Präparat günstigen Sinne. Eine nachteilige Nebenwirkung ist in keinem einzigen Falle auch nur andeutungsweise vorgekommen. Eine solche wäre wohl auch nur von etwaiger Retention, Anhäufung, Kumulation innerhalb des Organismus zu erwarten gewesen. Diese aber erschien von vornherein unwahrscheinlich. Denn die selbstverständlich gleich anfangs angestellte Prüfung ergab, dass bereits innerhalb der ersten 24 Stunden freies Jod im Urin erscheint, somit Abspaltung durch den Stoffwechsel eintritt und der Ausscheidung nichts im Wege steht. Damit stimmt auch die vorher erprobte Ungiftigkeit. — Es bedarf vielleicht keiner Erwähnung, dass die obigen angeführten Notizen lediglich solchen Beobachtungen ent-

stammen, wo nur Sajodin und kein anderes Mittel genommen ist. Sonst würde jede Beweiskraft gemangelt haben. Hervorgehoben sei jedoch, dass keinerlei Gegenreiz zu bestehen scheint, um die Darreichung mit gleichzeitiger Quecksilbergebung zu verbinden. Zwar wird wohl jeder Arzt sich hüten, durch ungeeignete Bildung von Quecksilberjodid etwaigen Aetzungen Vorschub zu leisten und deshalb namentlich den Nierenbefund kontrollieren. Doch so vortrefflich Hg für sich allein oder Jod ohne weitere Zutat heilwirken mag, am durchgreifendsten ist jedenfalls ihre Koëffizienz. Somit ist auch in diesem Sinne das Sajodin willkommen zu heissen. Es ist gelungen, für den ärztlichen Gebrauch ein ungiftiges, bekömmliches, leicht zu nehmendes, ein portatives und vor allen Dingen ein uneinwendbar wirksames, internes Jod-Mittel zu beschaffen: das Sajodin.

Ein Beitrag zur Brom-Behandlung.

Von Dr. M. R. Dinkelspiel, Philadelphia.

Die Indikationen für den Gebrauch der Bromsalze in der Medizin sind klar definiert. In der Tat baut die Therapie bei der Epilepsie, obwohl immer noch unzureichend, dem allzu festen Einbürgern der ursächlichen Momente vor. Wir wissen, dass es sich hier um ein Leiden des Nervensystems handelt, welches mit oder ohne Krämpfe und gewissen definierten Lokalsymptomen und Empfindungen einhergeht und bestimmte Folgeerscheinungen nach sich zieht. Es ist festgestellt worden, ohne näher auf die physiologische Tätigkeit der verschiedenen Organen einzugehen, dass Brom eine tiefgreifende beruhigende Wirkung auf das Nervensystem in bestimmter Richtung ausübt. Da dass der Fall, ist seine therapeutische Anwendung bei Erkrankungen des Nervensystems, sowohl funktioneller wie organischer Natur, von Zuständen einfacher ,milder Störungen des Nervenmechanismus bis zu solchen von ausgesprochener Erregbarkeit, ersichtlich. Es darf hierbei nicht vergessen werden, dass es Fälle gibt, wovon einer später beschrieben wird, dass nervöse Phänomene, obwohl anscheinend durch Reizung oder Ueberstimulation der Nerven verursacht, in Wirklichkeit Manifestationen von herabgesetzter Ernährung, gleichsam Verhungerung der Nerven selber sind. Obwohl in diesen Fällen die Bromsalze erfolgreich die einzelnen Symptome bekämpfen mögen, sind sie doch in Wirklichkeit kontraindiziert, soweit es das ursächliche Moment anlangt, wenn sie nicht in geeigneten Fällen mit aufbauenden Medikamenten kombiniert werden, um durch deren Hilfe das Nervensystem wieder auf den früheren Stand zu bringen.

In der Tat gibt es Zustände von sogenannter „Nervosität", vorherrschend besonders in den Vereinigten Staaten, verursacht durch den raschen Fortschritt der modernen Zivilisation, welche deutlich ein Abweichen von der Norm aufweisen, ohne irgend welche demonstrierbaren, objektiven Symptome, und häufig sogar ohne subjektive, mit Ausnahme des Gefühls von seiten des Patienten, dass eine Abnahme von Energie und der Kräfte sattgefunden hat. Ohne Zweifel ist die unregelmässige Lebensführung, verbunden mit den täglichen Geschäfts- und Berufssorgen im hohem Masse verantwortlich für diesen Zustand. Daher wird das, was wir unter den Ausdruck „Neurasthenie" verstehen, ganz richtig auch „Amerikanische Krankheit" genannt, die natürliche Folge solcher Uebertretungen. Einer dieser Uebergriffe ist zweifellos die kurze Essensfrist

der arbeitenden Klassen und sogar der Geschäftswelt, ein weiterer die Stuhlverstopfung. In einem Beitrag über die ursächlichen Momente von Blinddarmentzündung (American Medicine, Vol. X, No. 16, p. 643, 14. Oktober 1905) drückte ich mich folgendermassen aus: „Der Faktor der Rastlosigkeit im Fortschritt der modernen Zivilisation hat viel mit dem Missbrauch des Verdauungstraktes zu tun. Die kurze Essensfrist der Handel- und Gewerbetreibenden, unserer arbeitenden Klassen und die begleitende rasche Aufnahme und das ungenügende Kauen der Speisen, das diesen Zustand begleitet, mögen wohl eine hervorragende Rolle in der Aetiologie dieser Erkrankung spielen. Zunahme im Konsum von Stoffen, die zu Gärungsprozessen im Magendarmkanal führen, ist gleichfalls von ätiologischer Bedeutung. Die Hast und Unruhe beim Beginn der Geschäftspflichten, zu bestimmt festgesetzten Stunden, hat stark zur Verbreitung der Stuhlverstopfung in modernen Zeiten beigetragen, so dass es keineswegs selten ist, dass Leute es aus persönlicher Bequemlichkeit unterlassen, ihren Darm täglich zu entleeren. Ferner wird schon ein oberflächliches in Augenscheinnehmen irgend eines unserer grösseren Läden, ohne weiteres Nachforschen, Beweise von Blutarmut und viele Anzeigen von funktioneller Nervenschwäche unter den zahllosen Verkäuferinnen und Ladenmädchen etc. aufweisen. In der Tat glaube ich, dass, wenn man die Sache statistisch untersuchen würde, das Resultat viele Fälle von Bleichsucht, funktioneller Nervenschwäche, Menstruationsbeschwerden nervösen Ursprungs, halbseitigem spontanem Kopfschmerz, chronischer Stuhlverstopfung, Verdauungsbeschwerden und die grosse Anzahl von Zuständen, die durch Ausschreitungen in der Lebensweise dieser Personen bedingt sind, zeigen würde.

In Fällen, in denen die Bromsalze indiziert sind, sei es in grossen oder kleinen Dosen und mit Eisen zusammen, ist oft schwierig, diese beiden miteinander so zu verbinden, dass eine gleichmässige Dosierung und ein gesicherter therapeutischer Erfolg erzielt wird. Wenn wir zu viel Bromsalz geben, besonders in Fällen die nur einer milden Beruhigung bedürfen, schwächen wir die bereits herabgesetzte Nervenkraft oder unsere Bemühungen werden ganz vereitelt durch Nichtvertragenwerden des Mittels, sowie Auflehnung von seitens des Magens, Uebelkeit, Verlust des Appetits, Hautausschläge und in ausgesprochenen Fällen stark hervortretende Niedergeschlagenheit. Wenn wir nun andererseits das Eisen in unvorsichtigen Quantitäten den Patienten geben, so erhöhen wir oft die bereits vorhandene Stuhlverstopfung.

Um nun obigen Indikationen gerecht zu werden, pflege ich das Präparat Bromo-Mangan, ein modernes Erzeugnis, zu verabfolgen. In demselben findet sich das Brom nicht in physikalischer, sondern in chemischer Verbindung mit Pepton und zwar zu 11%, dennoch aber weder im freien noch im nascendierenden Zustande vor. Dem Brom beigemischt ist das Ferro-Mangan (Dietrich). Wir haben also hiermit ein Präparat, welches den Ansprüchen Genüge leistet sowohl in Bezug auf die Brom- wie Eisen-Therapie, oder mit anderen Worten ein Präparat, in welchem die Wiederherstellung des Blutes und der Kampf gegen die nervösen Symptome Hand in Hand gehen.

Ferner ist eine genaue Dosierung festgestellt, die das Präparat zu einem idealen in jenen Fällen machen, in denen es indiziert ist. Ich verfüge gegenwärtig über drei Fälle, von denen zwei geheilt und einer günstig durch den Gebrauch dieses Mittels beeinflusst wurden. Dieser dritte Fall ist einer von grauer Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarkes, in welchem selbstverständlich keine bleibende Heilung zu erwarten war, in dem aber doch mit Sicherheit ein ausgeprägtes Nachlassen der Symptome hervorgerufen wurde.

Fall 1. Fräulein A. J., 24 Jahre alt,

Verkäuferin, litt an heftigem Husten ohne Auswurf. Sie war ausgesprochen nervös veranlagt, zuweilen leicht erregbar, zuweilen niedergeschlagen. Es bestand unverkennbare Blutarmut vom Bleichsuchtstypus. Die Untersuchung der Lungen fiel vollständig negativ aus. Stuhlverstopfung war vorhanden. Am Herzen war ein schwaches systolisches Geräusch vernehmbar, wie es sich so oft in diesem Typus von Blutarmut vorfindet. Die Patientin war gut genährt und zeigte sich bei der Besichtigung nichts aussergewöhnliches mit Ausnahme einer leichten Blässe der Bindehaut und Lippen.

Obwohl der Fall nicht einer von wahrer Bleichsucht war, so war doch die Blutarmut vom Bleichsuchtstypus, wie die Blutuntersuchung zeigte. Keine Menstruationsbeschwerden. Die einzige Behandlung, die in diesem Falle eingeleitet wurde, bestand ab und zu in einem Abführmittel und Bromo-Mangan, zwei Theelöffelvoll vier mal täglich, welche Dosis später auf drei Theelöffelvoll erhöht wurde. Innerhalb von zwei Wochen nach dem Beginn der Einnahme von Bromo-Mangan verschwand der Husten vollständig, der Appetit nahm zu und der Gesammtzustand der Patientin verbesserte sich erheblich. Die Blutarmut ist nun almählig im Schwinden begriffen.

Ich bin vollständig überzeugt, dass dieser Fall jener Klasse angehörte, in welchem sowohl die Bromsalze wie das Eisen indiziert waren, was durch die Besserung sowohl der Blutarmut sowie der allgemeinen nervösen Symptome bestätigt wurde. Es ist wahrscheinlich, dass der Husten durch einen Reflexreiz des Kehlkopfes verursacht wurde und nun auf die Bromsalztherapie nachlies.

Fall II. Fräulein E. K., 22 Jahre alt, Stenographistin, zog mich wegen Menstruationsbeschwerden zu Rate. Sie gab an, schon lange daran gelitten zu haben. Es fand sich keine Knickung der Gebärmutter nach vorn, noch irgend welche nachweisbare anatomische Ursache vor. Auch war keine Blutüberfüllung der Beckenorgane ersichtlich und der neurotische und blutarme Zustand der Patientin deutete auf den nervösen Ursprung der krampfartigen Schmerzen, die sie regelmässig durchmachte. In diesem Falle waren Viburnum prunifolium, Cannabis indica, Cimcifuga und andere örtliche und allgemeine Mittel angewandt worden. Von allen Mitteln, die Anwendung fanden, war es nur die örtliche Wärme, die auch nur vorübergehende Linderung erzielte, jedoch die regelmässige Wiederkehr der Schmerzen nicht aufhob. Die Menses erschienen fast alle drei Wochen, und zu Zeiten wurde die Patientin durch Schmerzen und Hinfälligkeit behindert, ihrem Berufe nachzukommen. Ich verschrieb ihr, alle drei Stunden einen Esslöffelvoll Bromo-Mangan von einem Tag vor Beginn des erwarteten Monatsflusses an bis zum Schluss des zweiten Tages desselben und von da ab bis eine Woche nach Aufhören der Regel, drei Esslöffelvoll, täglich zu nehmen. Die Dosis wurde dann auf einen Dessertlöffelvoll, vier mal täglich, herabgesetzt bis einen Tag vor der zu erwartenden Regel, von wo alsdann derselbe Plan wieder von vorne begonnen wurde. Während beider Perioden war Pat. frei von Schmerzen, und zwischen den Perioden nahmen Kräfte und Appetit zu, und die Patientin erfuhr eine bedeutende Erleichterung betreffs der nervösen Erregbarkeit, an der sie gelitten hatte.

In dieser Klasse von Fällen ist die Behandlung gewöhnlich auf das Aufbauen der geschwächten Organe des Körpers gerichtet, und mit Recht so, da die Patienten meistens nervös und blutarm sind. Das erklärt auch in diesem Falle das erfolgreiche Resultat, das wir durch ein Präparat erzielten, das in sich die vollständig resorbierbare Vereinigung von Brom, Eisen und Mangan in wünschenswerten Proportionen verbindet. Ich wurde auf die Tatsache aufmerksam gemacht, dass das Eisen im Bromo-Mangan nichts weniger sei als

das Ferro-Mangan von Dietrich, mit dem die Pharmakologen ja selbstverständlich vertraut sind. Der Bromsalzbestandteil ist ein jüngeres Resultat der chemischen Forschung, welche einen neuen Körper hervorgebracht hat, den wir mit dem Namen Bromo-Pepton bezeichnen, in welchem Bromsalze sich chemisch mit Peptonen, im Verhältniss von 11% Brom, vereinigt haben.

Dennoch wurde die Anwesenheit von freiem Brom vermieden. Da Peptone löslich in Wasser sind und leicht durch Membranen hindurchgehen, ist es ersichtlich, inwiefern das Präparat für die Besserung in dieser Klasse von Fällen verantwortlich zu machen ist.

Fall III. Frau S. C., 40 Jahre alt. Tätigkeit: Hausarbeit, stellte sich mir am 27. Januar 1906 vor. Sie klagte über Kopfschmerzen, geschwächte Sehkraft, Schwindel und Schwierigkeit, ihre aufrechte Stellung einzuhalten. Sie gab an, zuweilen mehrere Tage hintereinander an Stuhlverstopfung gelitten zu haben. Aus der Anamnese ergab sich ferner, dass sie an lanzinierenden Schmerzen im Bein gelitten hatte, welche jedoch seit einigen Monaten nicht mehr erschienen seien. Die Untersuchung ergab eine schlecht genährte Frau, die einen typischen Symptomenkomplex von grauer Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks offenbarte. Die Kniescheibenreflexe waren nicht nachweisbar. Sie schwankte merklich bei geschlossenen Augen und zusammengestellten Füssen, sodass sie in diesem Zustande gefallen wäre, hätte man sie nicht rechtzeitig unterstützt. Der Gang fing an, bereits die typische Lähmung zu zeigen: Typische Argyll-Robertson Pupillen. Es wurde ihr anempfohlen, ein sehr geregeltes Leben zu führen, Aufregungen jeder Art zu meiden und kräftigende Diät einzuhalten. Da die Vorgeschichte eine spezifische Ansteckung irgen einer Art nicht aufwies, enthielt ich mich des Verschreibens von spezifischen Mittels, weil ich auch gefunden habe, dass diese mehr schaden als nützen, wenn nicht eine ausgesprochene Indikation für deren Anwendung in Fällen von Rückenmarksdarre vorliegt. Ich verordnete der Patientin Bromo-Mangan, einen Esslöffelvoll dreimal und später viermal täglich. Eine bedeutende Zunahme von Kraft und Appetit und eine wesentliche Abnahme der Kopfschmerzen waren die Folgen. Früher hatte ich Tonica in verschiedenen Formen verschrieben.

Obwohl die Erkrankung eine unheilbare ist, so schien es mir doch, dass die Besserung der oben erwähnten Zustände genügend wichtig ist, um den Fall zu verzeichnen. Nach einer vorsichtigen Beobachtung der therapeutischen Wirkungen von Bromo-Mangan, fühle ich mich zu folgenden Schlüssen berechtigt:

1.—Bromo-Mangan kann unbedenklich und vorteilhaft in allen Fällen, in denen die Bromsalze indiziert sind, verabfolgt werden.

2.—Bromo-Mangan ist besonders indiziert in all jenen Fällen, in denen die Bromsalze und ein blutaufbauendes Tonicum angezeigt sind.

3.—Bromo-Mangan wird in geringerer Quantität benötigt, um dieselben therapeutischen Resultate zu erzielen, wie beim Gebrauche der Bromsalze allein.

4.—Bromo-Mangan bekämpft erfolgreich neurotische Symptome bei gleichzeitiger Besserung der Blutarmut.

5.—Bromo-Mangan beeinträchtigt die Verdauung nicht.

6.—Bromo-Mangan verursacht keinerlei ungünstige Folgeerscheinungen.

7.—Bromo-Mangan enthält bestimmte Quantitäten von wohlbekannten Bestandteilen und ermöglicht deshalb genaue Dosierung, mit zuverlässiger therapeutischer Wirkung.

8.—Bromo-Mangan, eine chemische Vereinigung von Brom und Pepton darstellend bei einem Bromgehalt von 11%, ermöglicht eine genau bestimmte Bromeinverleibung mit ausgiebiger Verteilung.

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

Theodor Schilling (Nürnberg): **Günstige Beeinflussung der chronischen Bronchitis und des Bronchialasthmas durch Röntgenstrahlen.**

Schilling hat eine Reihe von chronischen Bronchitis- und Bronchialasthmafällen mit Röntgenstrahlen behandelt und dabei konstatiert, dass in allen Fällen sich eine Beeinflussung erkennen liess. Die Besserung bezw. das Nachlassen der Bronchorrhöe und des Asthmas hält in einigen Fällen 2—3 Monate an. Die von Sch. angewendete Technik ist folgende: Jeder Patient wurde in einer Sitzung bestrahlt. Die ersten 6 Patienten lagen während der Bestrahlung. Praktischer erscheint es Sch. jetzt aber, die Patienten sitzen zu lassen. Die Patienten wurden von 2—4 und mehr Seiten bestrahlt, wobei immer darauf geachtet wurde, dass die Stellen, wo am meisten Rasseln zu hören war, bevorzugt und jene, wo die dichtesten Muskelschichten zu durchdringen waren, gemieden wurden. Die Bestrahlung von verschiedenen Seiten ist zweckmässig, weil man dadurch die Haut schont. In einem Falle bestand die Bronchitis nur auf einer Seite, die dann mit Erfolg allein bestrahlt wurde. Die Dauer der Bestrahlung betrug in den ersten 7 Fällen vorne und hinten je 5—7½, in einem 8 Fälle zusammen 20 Minuten. Sch. nahm kurzen Hautglasabstand (15 cm) und belastete meist die Röhre voll. Als Dosimeter benützte er das Radiometer von Sabbouraud und Noiré. Die Belastung des sekundären Stromkreises betrug 1—1½ Milliampère. Um eine geeignete Tiefenwirkung zu erzielen, gebrauchte er eine harte Röhre, die bei manchen Bestrahlungen vor der jedesmaligen Regeneration so luftleer war, dass sie knisterte. Unangenehme Nebenwirkungen, besonders auf der Haut, traten nicht ein. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 37.)

Georg Riebold: **Ueber Menstruationsfieber, menstruelle Sepsis und andere während der Menstruation auftretende Krankheiten infektiöser resp. toxischer Natur.**

Der Vorgang der menstruellen Blutung ist für die Pathogenese zahlreicher fieberhafter Erkrankungen von grösster Bedeutung. Der menstruierende Uterus kann wahrscheinlich in seltenen Fällen eine Infektionsquelle für wirkliche septische Erkrankungen abgeben. Durch Resorption von Bakterien-Toxinen oder andersartigen Zersetzungsprodukten aus den menstruierenden Genitalien entsteht das keineswegs seltene Menstruationsfieber. Auf ähnliche Weise, d. h. durch eine Toxinwirkung, erklären sich zahlreiche Affektionen der Haut und Nerven, die während der Menstruation zur Beobachtung kommen (Erytheme, Urticaria, Herpes zoster, Neuralgien). Von besonderer Wichtigkeit ist es, dass durch Infektion resp. Intoxikation von den menstruierenden Genitalien aus wahrscheinlich auch zahlreiche rheumatische Erkrankungen, u. a. echte Polyarthritiden und namentlich Erkrankungen des Herzens rheumatischer Natur entstehen können. (Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nos. 28 und 29.)

H. Cramer (Bonn a. Rhein): **Transplantation menschlicher Ovarien.**

Die ersten Versuche einer Ueberpflanzung der weiblichen Keimdrüse beim Tier hat vor 10 Jahren Knauer angestellt. Dadurch wurde die Transplantation menschlicher Ovarien angeregt, und Frank berichtete unter den ersten, dass er nach Resektion der Adnexe ein Stück gesunder Ovarialsubstanz in den Tubenstumpf reimplantierte. In zwei Fällen sah er Schwangerschaft eintreten. C. hat nunmehr zwei Frauen heteroplastisch operiert. Die Ovarien, die er verwendete, stammten in beiden Fällen von Osteomalazischen, die zum Zweck der Heilung ihrer Osteomalazie kastriert werden sollten. Was die Technik anbelangt, so hat C. bei seinen beiden Fällen drei Wege der Transplantation ein-

geschlagen. Das erste Mal setzte er das gespaltene Ovarium auf das ebenfalls gespaltene atrophische der Patientin in der Weise auf, dass Stroma auf Stroma zu liegen kam. C. glaubt, dass auf diese Weise die Ernährung und Anheilung des überpflanzten Ovariums am besten garantiert ist. Das andere Ovarium nähte er bei derselben Patientin auf die Hinterwand des Uterus am Ansatz des Ligamentum latum auf eine von Serosa entblösste Fläche. Der klinische Erfolg bei dieser ersten Patientin war ein vollständiger. Bei der zweiten Patientin nähte C. das eine Ovarium auf die Peritonealfläche der vorderen Bauchwand rechts und unterhalb des angelegten Medianschnittes, das andere auf die Hinterfläche des rechten Ligamentum latum. Vor der Aufnähung wurde die oberflächlichste Schicht der Serosa mit dem Messer abgekratzt, so dass eine dem zu transplantierenden Ovarium entsprechende lädierte Fläche geschaffen wurde. Bereits 10 Wochen nach der Operation konnte auch durch die genaueste Untersuchung, die bei den dünnen, weichen Bauchdecken der Patientin sehr leicht ausführbar war, von den transplantierten Ovarien nichts mehr entdeckt werden, sodass man annehmen musste, dass dieselben vollständig resorbiert worden waren. Dies deutet daher darauf hin, dass die blosse Lädierung der Serosa nicht genügt, um eine Ernährung von der Unterlage her zustande kommen zu lassen. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 39.)

Referate und Bücheranzeigen.

Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. Prof. Dr. A. Onodi, Budapest, und Prof. Dr. A. Rosenberg, Berlin. Verlag von S. Kurger, Berlin 1906.

Wenn Jemand nach einer Erfahrung von nur wenigen Jahren ein Lehrbuch schreibt und wir gezwungen waren, es zu lesen, so legen wir es meistens mit dem Gefühle beiseite, dass es eine mehr oder weniger gute Auslese aus anderen Werken ist. Anders ist es, wenn Kollegen nach etwa 25jähriger praktischer Tätigkeit ihre durch mühselige Arbeit erworbene Erfahrung niederlegen. Dies ist in dem oben angekündigten Buche der Fall gewesen. Dabei ist die Kombinationsarbeit von Onodi, der mehr anatomisch tätig gewesen, und Rosenberg, der mehr klinisches Material zu sehen Gelegenheit hatte, die denkbar günstigste. Beide Autoren sind nicht nur den Spezialkollegen seit Jahren bekannt, sondern erfreuen sich auch eines weit über die Grenzen ihres Vaterlandes hinausgehenden Rufes unter vielen anderen Aerzten. Durfte man also schon a priori von dieser gemeinschaftlichen Arbeit Gutes erwarten, so erhöhte das Studium eines jeden Kapitels den Wert desselben immer von neuem.

Für einen Leserkreis von allgemeinen Aerzten ist es wohl nicht angebracht, sich bei der Besprechung in Einzelheiten zu vertiefen. Die Bedeutung der Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen ist aber eine so grosse geworden, dass jeder praktische Arzt etwas davon wissen muss. Der Zusammenhang dieser Erkrankungen mit der allgemeinen Medizin ist schon aus der interessanten Einleitung ersichtlich. Da werden die Beziehungen der Nase und des Nasenrachens zu den Infektionskrankheiten besprochen, zur Pneumonie, zur Syphilis (Wichtigkeit der Untersuchung des Nasenrachens!) wie zur Tuberkulose, wobei auf die Arbeiten des Ref. hingewiesen wird u. s. w. Und diesen Zusammenhang wollen die Verff. unter allen Umständen erhalten wissen.

Im allgemeinen Teil, in dem die allgemeine Therapie, die Vorbereitungen zur Operation (Anästhesirung, etc.), die

Aetzungen (chemische und galvanokaustische), die Elektrolysis u.s.w. besprochen werden, möchte Ref. sich erlauben, nur Eines auszusetzen. Gleich anderen, zum Teil auch sehr erfahrenen Rhinologen empfehlen Verff. eine Kinnbinde, die den Unter- gegen den Oberkiefer fixiert. Diese soll die Patienten daran gewöhnen, auch während der Nacht durch die Nase zu atmen. Ich halte diese Binde, besonders bei kleinen Kindern, für ein gefährliches Unternehmen. Wenn Patienten Nachts durch den Mund atmen, selbst nachdem alle sichtbaren Hindernisse, wie Polypen, Vegetationen, etc. gründlich entfernt sind, dann ist eben noch ein anders Hindernis da, dass wir nicht sehen können. So z. B. ist die Möglichkeit eines während der Nacht sich bildenden und die Nasenatmung verlegenden Sekretes keineswegs ausgeschlossen, ja für mich sogar höchst wahrscheinlich. Und dabei auch den Mund zu verstopfen, ist nicht ratsam. Doch ist dies nur meine eigene Ansicht.

Im folgenden, speziellen Teil sind es besonders die vielfachen chirurgischen Eingriffe, die unsere Aufmerksamkeit beanspruchen. So ist die submuköse Resektion des Septums in verständlicher und ausgiebiger Weise besprochen worden; nur vermisst Ref. hierbei einige amerikanische Namen, wie besonders den des Chicagoer Kollegen F r e e r. Doch ist das eine Kleinigkeit, die in einer bald zu hoffenden weiteren Auflage des Buches leicht beseitigt werden kann.

Manche der folgende Kapitel mit ihren schönen Zeichnungen sind so schön geschrieben, dass man sie fast klassisch nennen könnte. Selbst dem so vielfach betretenen Gebiete der adenoiden Vegetationen sind neue interessante Seiten abgewonnen worden. Alles in Allem ist das Werk als eine wertvolle Bereicherung der medizinischen Literatur zu bezeichnen, das noch auf viele Jahre hinaus seinen Wert behalten wird.

W. Freudenthal.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates. Redigiert von Geh. Med. Rat Prof. Dr. M. N i t z e, Dr. S. J a c o b y. Nach N i t z e's Tode unter Mitwirkung von Prof. Dr. A. K o h l m a n n. I. Jahrgang: Bericht über das Jahr 1905. Verlag von S. Karger, Berlin 1906. 342 S.

Obiger Jahresbericht ist eine neue Erscheinung auf dem Gebiete der medizinischen Literatur und verdankt sein Entstehen dem leider zu frühe verstorbenen M a x N i t z e, der denselben gemeinsam mit seinem Mitredakteur J a c o b y bis zum Beginne des Druckes redigiert, die Ausgabe dieses ersten Bandes jedoch nicht mehr erlebte. Der Jahresbericht verfolgt den Zweck, den Spezialkollegen und den Vertretern der Grenzgebiete der Urologie ein möglichst vollständiges, bequemes Sammelorgan für weitere wissenschaftliche Forschung an die Hand zu geben und gleichzeitig diejenige Uebersicht zu bieten, die gegenwärtig notwendigerweise derjenige bedarf, der es sich angelegen sein lässt, sich auf dem Gebiete der Urologie auf dem laufenden zu erhalten. Der Jahresbericht erstrebt daher in erster Linie bibliographische Vollständigkeit. Es sind deshalb auch die Verhandlungen der Kongresse und der ärztlichen Vereine gebührend berücksichtigt worden, wie auch besonderer Wert darauf gelegt worden ist, dass die Berichterstattung, soweit möglich, nach Originalien erfolgte und dass eine genaue Quellenangabe beigefügt ist.

Die Anordnung des Stoffes ist eine sehr übersichtliche, wodurch ein leichtes Auffinden der referierten Arbeiten ermöglicht ist. Der Name des Autors ist fettgedruckt und hinter demselben steht jedesmal in Klammern die Zahl, unter welcher der Titel seiner Arbeit in dem jedem Kapitel vorangehenden Literaturverzeichnis rangiert. Jeden Autor und jede Arbeit ohne Mühe aufzufinden, ermöglicht ein sorgfältiges Sach- und Namenregister. Auch die äussere Ausstattung des Werkes ist

eine vorzügliche und es unterliegt keinem Zweifel, dass dasselbe in kurzer Zeit den Fachkollegen sich unentbehrlich machen wird.

Prof. Dr. H. Senator und Dr. S. Kaminer: **Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft.** New York, Rebman Co. 1059 S.

Wir haben es hier mit einem grossartig angelegten Werke zu tun, das sich zur Aufgabe gestellt hat, die Beziehungen zwischen Krankheiten und Ehegemeinschaft in gründlicher Weise wissenschaftlich zu beleuchten. Wir wollen gleich an dieser Stelle in gebührender Weise hervorheben, dass die Herausgeber die gestellte Aufgabe in glänzender Weise gelöst haben. Eine Reihe wohl bekannter Fachmänner, die zur Mitarbeiterschaft heranzuziehen den Herausgebern gelungen war, hat sich um das Gelingen des Werkes verdient gemacht.

Senator führt in das Buch ein: Anlangend die Ehe als Krankheitsursache, so kann schon der Eintritt in ganz neue Lebensbedingungen, wie sie die Eheschliessung meistens mit sich bringt, die Trennung aus den gewohnten Verhältnissen und der Uebergang zu einem innigen Zusammenleben mit einer Person anderen Geschlechtes die Ursache von Verstimmungen und Störungen der mannigfachsten Art werden, und zwar ganz abgesehen von dem geschlechtlichen Verkehr durch die Notwendigkeit der Ehegatten, sich in einander zu fügen und durch die dadurch bedingte mehr oder weniger grosse Abhängigkeit von einander, kurz durch den ganzen Zwang der neuen Lebensgestaltung. Zweitens ist es die Uebertragung von Krankheiten von einer Person auf die andere, wodurch die Ehe zu einer fruchtbaren Qulle von Krankheiten werden kann, nicht blos von Geschlechtskrankheiten, sondern auch von Affektionen anderer Art, wie z. B. von Tuberkulose und anderen parasitären, überhaupt ansteckenden Krankheiten. Drittens kann der Geschlechtsverkehr an und für sich, d. h. bei vollständiger Gesundheit der verkehrenden Gatten auf verschiedene Weise Störungen der Gesundheit verursachen, sei es rein mechanischer Natur, indem z. B. durch den Akt des Beischlafes Verletzungen, Blutungen, Entzündungen hervorgerufen werden, sei es durch die Einwirkung, welche eben dieser Akt auf das Nervensystem ausübt, sei es endlich durch die Schwangerschaft und Geburt, welche oft genug zum Ausgangspunkte mannigfacher und zahlreicher Krankheitszustände werden. Endlich viertens ist die Ehe für Leben und Gesundheit der Nachkommenschaft von der höchsten Bedeutung. Die angedeuteten Punkte lassen zur Genüge erkennen, dass die Ehegemeinschaft mit allen ihren Folgezuständen ein ausserordentlich grosses Feld für die Betätigung der Volkshygiene und der ärztlichen Fürsorge darbietet. Daraus ergiebt sich ohne weiteres die Berechtigung für das vorliegende Werk, das dem Arzte, insbesondere dem Hausarzt, eine Quelle der Belehrung, eine Richtschnur für sein Verhalten in diesen wichtigen, das Wohl und Wehe so vieler Menschen betreffenden Lebensfragen bietet.

M. Gruber (München) bespricht die **Hygienische Bedeutung der Ehe**; J. Orth (Berlin), **Angeborene und ererbte Krankheiten und Krankheitsanlagen**; F. Krauss (Berlin), die **Blutsverwandtschaft in der Ehe und deren Folgen für die Nachkommenschaft**; W. Havelburg (Berlin), **Klima, Rasse und Nationalität in ihrer Bedeutung für die Ehe**; Fürbringer (Berlin) die **Sexuelle Hygiene in der Ehe**; R. Kossmann (Berlin), **Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett, Säugung und ihre Beziehungen zur Ehe.**

Der weit umfangreichere spezielle Teil enthält die folgenden Abschnitte: **Konstitutions- (Stoffwechsel-) Krankheiten und Ehe** von H. Senator; **Blutkrankheiten und Ehe** von H. Rosin (Berlin); **Krankheiten des Gefässapparates und Ehe** von E. v. Leyden und W. Wolff (Berlin); **Krankheiten der Atmungsorgane und Ehe** von S. Kaminer (Berlin); **Krankheiten der Verdauungsorgane und Ehe** von C. A. Ewald; **Nierenkrankheiten und Ehe** von P. F. Richter (Berlin);

Krankheiten des Bewegungsapparates und Ehe von A. Hoffe; **Beziehung der Ehe zu Augenkrankheiten mit besonderer Rücksicht auf die Vererbung** von G. Abelsdorff (Berlin); **Hautkrankheiten und Ehe** von R. Ledermann (Berlin); **Syphilis und Ehe** von R. Ledermann; **Tripperer-krankungen und Ehe** von A. Neisser; **Erkrankungen der tiefen Harnwege, physische Impotenz und Ehe** von C. Posner; **Frauenkrankheiten, Empfängnisunfähigkeit und Ehe** von A. Blumreich (Berlin); **Nervenkrankheiten und Ehe** von A. Eulenburg; **Geisteskrankheiten und Ehe** von E. Mendel; **Perverse Sexualempfindung, psychische Impotenz und Ehe** von A. Moll; **Alkoholismus, Morphinismus und Ehe** von A. Leppmann (Berlin); **Gewerbliche Schädlichkeiten und Ehe** von A. Leppmann; **Aerztliches Berufsgeheimnis und Ehe** von S. Placzek; **Die sozialpolitische Bedeutung der sanitären Verhältnisse in der Ehe** von R. Eberstadt (Berlin).

Sitzungsberichte

Sitzung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 1. Februar 1906.

Diskussion über die Vorträge von Dr. C. Spencer Williamson, **Diagnose des Magengeschwürs** und von Dr. A. I. Ochsner, **Operative Behandlung des Magengeschwürs.**

Dr. Croftan: Es ist für die Internen sehr angenehm, von Dr. Ochsner einen so konservativen Standpunkt vertreten zu hören. Viele Chirurgen wollen ja jedes chronische Magenleiden operieren. Es gibt Magengeschwüre: 1. mit kleinen Blutungen, 2. mit grossen Blutungen, 3. solche mit wiederholten Rezidiven. Wie wollen aber die Chirurgen ein solches Geschwür von der Aussenseite des Magens aus erkennen? Ferner, was ist der relative Wert der Exzision des Ulcus? In wie vielen Fällen, wo Ulcus ventriculi diagnostiziert wurde, findet man ein Ulcus duodenale? Im allgemeinen wird sicher zu viel operiert. Wenn einfach eine Gastroenterostomie gemacht wird, so schliesst man dadurch die Wirkung des Pylorus aus. Das kann doch nicht gleichgültig sein angesichts der Wechselwirkung von Azidität im Duodenum und Eröffnung des Pylorus bei gefülltem Magen.

Ein Wort über die Diagnose des Magengeschwürs. Der Standpunkt der Lehrbücher: wenn freie Salzsäure im Mageninhalt vorhanden ist, handelt es sich um Geschwür, wenn nicht, um Krebs, ist natürlich veraltet. Deshalb sind die Untersuchungen von Dr. Williamson sehr zeitgemäss.

Dr. Behrendt ist der Ansicht, dass die Symptome des Magengeschwürs auch ohne Untersuchung des Stuhls prägnant sind. Besonderes Gewicht verdient der Druckschmerz, der sogar nach Boas instrumentell gemessen wird. Die Hand des Arztes genügt aber meistens. Dabei muss aber qualitativ und quantitativ unterschieden werden. Bei Gastralgien ist der Schmerz grösser und diffus. Bei Geschwüren, auch wenn sie multipel sind, ist er zirkumskript. Von der nervösen Dyspepsie unterscheidet sich das Ulcus dadurch, dass der Schmerz bei letzterem hauptsächlich bei grober Nahrung, bei ersterer auch nach Milchgenuss auftritt und auch beim Hunger fortbesteht. Dieser letzte Punkt, Schmerzen besonders bei leerem Magen, unterscheidet das Ulcus auch von Gastrosuccorrhoe. B. hält diese Punkte für wichtig für den Praktiker, besonders auch weil Blutuntersuchungen im Stuhl zu kompliziert sind. Als Beispiel von Blutung ohne Geschwür führt er einen Fall an, wo eine Magen-

blutung nach langem Tragen einer schweren Last vorkam, trotzdem kein Geschwür vorhanden war. Er schloss dies daraus, dass alle Symptome nach einigen Dosen Brom verschwanden und nicht wiederkehrten. Es handelte sich um eine nervöse Dyspepsie. Endlich fragt Dr. Behrendt betreffs der Behandlung der Perforation.

Dr. Doepfner, an den von Dr. Behrendt berichteten Fall anknüpfend, betont, dass nach grossen Zahlen von Sektionsprotokollen zirka ein drittel aller Magengeschwüre nach Ansicht erster Autoritäten gar keine Symptome machen. Die Aetiologie des Ulcus ventriculi ist eben noch in Dunkel gehüllt. Es gelten folgende Theorien: Traumatische Entstehungsweise; die Blutung erfolgt aus arteriosklerotischen Aneurysmen. Ferner existiert eine nervöse Theorie, eine chemische Theorie. Andere Forscher, wie z. B. Fütterer, halten die Anämie für verantwortlich, wieder andere sind Anhänger einer neurasthenischen Theorie. So lange diese Fragen nicht aufgeklärt sind, kann jede Behandlung nur experimentell sein. Die Indikationen unter den gegenwärtigen Umständen sind die, dass nur operiert werden soll, wenn die interne Behandlung nichts hilft und immer wieder Rezidive auftreten. Gegen die foudroyanten Blutungen ist die Chirurgie machtlos. Es gibt profuse Blutungen aus nicht makroskopischen Geschwüren, d. h. man findet die blutende Stelle gar nicht. Die Diagnose zwischen Geschwür und Krebs ist chemisch ziemlich sicher zu stellen. Wenn neben Salzsäure Milchsäure gefunden wird, ist die Diagnose Karzinom so weit sicher, dass eine Probelaparotomie indiziert ist.

Dr. Keyes dringt darauf, dass nach Operation eines Magengeschwürs die Magensalzsäure mit Natrium bicarbonium neutralisiert werde, um Rezidiven vorzubeugen.

Dr. Maywitt fragt, in wie vielen Prozenten von Fällen sich Drüsen beim Magengeschwür nachweisen lassen.

Dr. Williamson schliesst die Diskussion. Er hat 1200 Stühle auf Blut untersucht und glaubt dadurch bestimmte Anhaltspunkte gefunden zu haben. Er berichtet über den Fall eines Feuermannes, bei dem eine auf Grund von Stuhlentleerungen gestellte Diagnose nach zwei Jahren bestätigt wurde.

Dr. Ochsner (Schlusswort): Geschwülste, Drüsen- oder Netzgeschwülste, werden oft vor der Operation gefühlt, sind aber bei der Operation nicht zu finden. Das kommt auch bei Appendizitis vor. Es handelt sich dann oft um zusammengeballtes Netz, das sich wieder verteilen kann. Bei Perforationen bilden diese Netzballen oft einen lebensrettenden Pfropf. Drüsengeschwülste zeigen in ca. 90% der Fälle die Lage des Geschwürs an. Bei Blutungen soll durch Bettruhe und Rektalernährung das Allgemeinbefinden gehoben werden, bis ca. 3,000,000 rote Blutkörperchen und 35% Hämoglobin gefunden werden. Die Arbeiten von Fütterer sind von grossem Wert bei der Beurteilung dieser Fälle. Bei Duodenalgeschwüren leitet die Druckempfindlichkeit. Besteht diese über dem rechten Rectus oder über dem Nabel, so besteht mehr Wahrscheinlichkeit für ein Duodenalgeschwür, Druckempfindlichkeit links von der Mittellinie spricht für Magengeschwür.

Sitzung vom 15. Februar 1906.

Dr. David Lieberthal demonstriert Abbildungen und mikroskopische Präparate von **Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum** und zum Vergleiche mit letzterem Präparate von **genuinem idiopathischen Hautsarkom.** Das erstere beschreibt Kaposi wie folgt: Ohne bekannte allgemeine oder lokale Veranlassung entwickeln sich in der Haut schrotkorn-, erbsen- bis haselnussgrosse braunrot bis blaurot gefärbte Knoten. Ihre Oberfläche ist glatt, ihre Konsistenz derbelastisch, manchmal schwellend, wie ein Blutschwamm. Sie stehen isoliert und ragen dann, wenn grösser geworden, kugelig hervor. Oder sie gruppieren sich und bleiben mehr flach. In letzterem Falle involvieren sich die zentralen Knoten und veranlassen

dann eine narbige, dunkel pigmentierte Depression. Sie entstehen regelmässig zuerst auf der Fusssohle und auf dem Fussrücken, bald darauf auch an den Händen und sind an diesen Organen auch in der grössten Zahl entwickelt und mit diffuser Verdickung der Haut und Entstellung der Hände und Füsse gepaart. Im weiteren Verlaufe erscheinen isolierte und gruppierte Knoten in geringer Zahl und unregelmässiger Anordnung auch an den Armen und Beinen, im Gesicht und am Stamm. Die Knoten können sich teilweise atrophisch involvieren. Sie ulzerieren, wie es scheint, erst spät, oder richtiger, es entsteht Gangrän an ihrer Stelle. Die Lymphdrüsen sind nicht geschwellt. Endlich kommt es auch zur Bildung der gleichen Knoten auf den Schleimhäuten und in den innern Organen. Im weiteren Verlaufe stellen sich Fieber und Diarrhöen ein. Es entwickelt sich Marasmus, an welchem die Patienten dann zu Grunde gehen. Alle Therapie ist machtlos.

Mikroskopisch ist hervorzuheben: Die Epidermis ist verschmälert, das Basalpigment vermehrt. Die Papillarschicht ist verstrichen. Im Korium sind zahlreiche diffuse Rund- oder Spindelzelleneinlagerungen und Herde, die von der Adventitia der Gefässe ihren Ursprung nehmen. Es sind keine scharf abgesetzten Einlagerungen mit Zerstörung der nachbarlichen Gewebe, wie beim genuinen Sarkom, sondern unregelmässige Infiltrate, die das Nachbargewebe verdrängen. In diesen Herden ist reichliches gelbbraunes Pigment, aus zerrissenen Gefässen stammend. In Serienschnitten eines ganz jungen Knotens sind die Zellstränge und Haufen bereits vorhanden. Auch hier sind sie direkt bis an die Gefässe zu verfolgen, aber Blutpigment ist nicht zu sehen, obgleich das Epidermispigment vermehrt ist. Je älter die Knoten sind, desto mehr sind die Gefässwandungen von Zellen durchsetzt. Auf diese Weise kommt auch die Zerreissung der Gefässe und Blutaustritt zu Stande. Dem Fibrin des ausgetretenen Blutes schreibt Kaposi einerseits die Härte der Knoten, andererseits einen modifizierenden, günstigen Einfluss auf den Verlauf der Hautsymptome zu. Wie dem auch sei, diese Bindegewebsneubildungen führen schliesslich zu inneren Metastasen und zum Tod. Deshalb ist diese Affektion, die einen scharf ausgeprägten Charakter trägt, als maligne zu betrachten.

Dr. Williamson stellt ein grosses **Aneurysma der Aorta ascendens** vor, welches das Sternum stark nach aussen drängt. Der Mann ist jetzt arbeitsunfähig, da das Aneurysma in der letzten Zeit sehr stark gewachsen ist. Die Herzspitze ist ausserhalb der Mamillarlinie. Die Venen des Bauches sind sehr prominent. Syphilis wird zugegeben. (Typische Pulskurven ohne Spitzen werden vorgezeigt.)

Zu Dr. Liebertha l's Referat über Kaposi's Hautsarkom erhält Dr. Schalek das Wort. Er hat sich früher viel mit Melanosarkom beschäftigt, und die vorgezeigten Schnitte scheinen ihm sehr ähnlich den damaligen Bildern, welche jetzt als Karzinom bekannt sind. Besonders sehen die Zellnester viel mehr einem Karzinom ähnlich.

Dr. Williamson hat sich seiner Zeit mit dem dritten Fall beschäftigt. Es wurde die Ansicht ausgesprochen, dass die Krankheit trophischer Natur sei. Er hat das Rückenmark genau untersucht und keine Anhaltspunkte für eine solche Behauptung gefunden.

Dr. Liebertha l: Der Grund, warum die trophische Theorie aufkam, war die Symmetrie der Erkrankung. Die Krankheit ist nicht rubriziert. Aber es sind bedeutende Unterschiede zwischen ihr und Karzinom und anderen Krankheiten gefunden worden.

Dr. Doepfner zeigt einige taubeneigrosse, eigentümlich morgensternförmige Gallensteine vor, welche er mit 120 kleinen, fazettierten Steinen bei einem diagnostisch schwierigen Fall durch Operation entfernt hat.

Ueber Dr. Doepfner's Vortrag über Halsphlegmone spricht zuerst Dr. Marquis. Er fragt nach weiteren Details der Diagnose Angina Ludovici im Interesse folgenden Falles. Ein Patient kam in das County Hospital in

schwerkrankem Zustand. Er klagte über Schluckbeschwerden. Die Untersuchung des Halses und Kehlkopfes war aussen und innen negativ. Pat. konnte den Mund nicht vollständig öffnen, aber doch genügend zur Einführung des Kehlkopfspiegels. Wenige Tage nachher starb er und die Sektion ergab eine Halsphlegmone.

Dr. Doepfner: Eine entzündliche Kieferklemme würde sofort auf tiefen Halsabszess deuten. Derselbe wird allerdings häufig nicht erkannt. Wenn man im Zweifel ist, hilft oft eine gute Krankengeschichte, bei der besonders auf schlechte Zähne, Parulis, Kiefernekrose, Schleimhautgeschwüre gefahndet werden muss. Die Schmerzen sind wegweisend. Eine Autorität wie König wurde oft irregeführt.

Dr. G. Schirmer hat auch in ausgesprochenen Fällen von der Bier'schen Stauung gute Resultate gesehen.

Dr. Holinger: Die Anwesenheit von fünf Ohren-, Nasen- und Halsspezialisten zeigt zur Genüge, welches Interesse das Thema für sie hat. In der Tat können fast alle Faszien des Halses von ihrem Gebiet aus überschwemmt werden. Eine Mittelohreiterung kann entweder direkt vom Mittelohr aus oder durch den Boden des Warzenfortsatzes in die Oberfläche oder Tiefe des Halses vordringen. Dass hiefür der Name Bezold'sche Mastoiditis gang und gäbe ist, beweist die Häufigkeit des Vorkommens. Folgende Beobachtung dürfte in diesem Zusammenhang von Interesse sein: Mann von 27 Jahren erhielt einen Schlag auf Ohr und Hinterkopf von der Seite mit einem harten Gegenstand Mitte November. Zu Anfang Dezember bekam er Ohrenweh, Ohrenlaufen und Schwellung hinter dem Ohr und über der ganzen Halsseite. Bei der Operation wurden grosse Mengen Eiters entleert und der Warzenfortsatz konnte in erbsen- bis haselnussgrossen Krümeln herausgeschält werden. Der in die Wunde eingeführte Zeigefinger konnte vom Kiefer bis zum Occiput unter den Sternocleidomastoideus gelangen. Da nie Schüttelfrost und hohe Temperatur da waren, konnte Sinusthrombose ausgeschlossen werden. Die Schleimhaut des Mittelohrs und der Zellen kann für gewöhnlich sich der mit der Luft eingedrungenen Keime erwehren. Hier hatten wir also eine komplizierte Fraktur ohne äussere Verletzung mit sich anschliessendem tiefem Halsabszess. Auch die prävertebrale Faszie kann vom Ohr aus infiziert werden, wenn nämlich der Eiter dem Tubenrand entlang sich in den retropharyngealen Raum ergiesst. Auch hiefür könnte ich Beispiele anführen, die zur Resektion von Wirbelquerfortsätzen geführt hatten. Eine andere Quelle für tiefe Halsphlegmonen bilden die Tonsillen. Zum Glück aber sind die Peritonsillarabszesse öfters im weichen Gaumen.

Dr. Doepfner (Schlusswort): Die grosse Gefahr besteht in der Septikämie und Pyämie. Deshalb darf man keinen Tag mit der Bier'schen Stauung verlieren, sondern muss sofort inzidieren.

Sitzung vom 1. März 1906.

Diskussion zu Dr. H. Hartung's Vortrag: **Akute Pankreatitis — Referat über einen geheilten Fall.**

Dr. H. Schiller hat keine Erfahrung über akute Pankreatitis. Dagegen hat ein Fall von akuter Fettnekrose ihm diagnostisch grosse Schwierigkeiten bereitet, da er absolut unter dem Bilde einer Gallensteinkolik verlief. Akute Fettnekrose kann sich sehr schnell entwickeln. In einzelnen Fällen tritt plötzlicher Kollaps und Tod ein. Die Sektion zeigt Fettnekrose des Pankreas und einen variierenden Befund von Mikroorganismen. Späte Sektionen sind überhaupt wertlos.

Dr. Williamson berichtet über einen Fall von Pankreasapoplexie. Er hatte den Mann in sehr gutem Zustand verlassen. Derselbe hatte ihn sogar zur Strassenbahn begleitet. Vier Stunden später starb Pat. plötzlich. Der Befund war akute Fettnekrose.

Dr. Behrendt spricht Zweifel betreffs der Korrektheit der Diagnose von Dr. Hartung's Fall aus. Welche Form von Entzündung soll der Patient gehabt haben? Eitrig oder hämorrha-

gisch oder Fettnekrose? Wie stellt sich Dr. Hartung die Heilung vor?

Dr. Memelsdorf fragt Dr. Hartung, ob es sich um einen primären oder sekundären Fall gehandelt hatte, ferner ob die Milz vergrössert war. Im Urin war Zucker, der bald verschwand. Auch der Ikterus spricht gegen eine primäre Pankreatitis.

Dr. G. Schirmer: Akute Pankreasapoplexie ist zuerst von Zenker 1876 beschrieben worden, später von Prof. Klebs.

Dr. Hartung schliesst die Diskussion. Seine Differentialdiagnose: akute Pankreatitis, stützt er auf folgende Punkte: Es sind verschiedene leichtere Anfälle vorausgegangen. Der Urin war früher verschiedene Male untersucht und frei befunden worden. Zucker erschien erst mit der Erkrankung. Die Milz war nicht vergrössert. Es war der Krankheit keine Gewichtsabnahme vorausgegangen, während der Krankheit betrug dieselbe 25 Pfund. Die Diagnose ist nach allen Autoren ziemlich sicher, und es ist nicht zu sehen, was anderes unter ähnlichen Umständen in Betracht käme. Der Befund bei Sektionen oder Operationen ist im Anfang hämorrhagische Entzündung, später eitrige. Bei hämorrhagischen Entzündungen kommt es auf die Menge des Blutes an und auf den Druck auf die grossen Ganglien, also auf den Shock. Aber auch ohne Blutung sind Todesfälle berichtet worden. In Amerika wurde mehr als in Europa über diese Krankheit veröffentlicht.

Dr. Williamson demonstriert dann das Herz von einem Jungen von 14 Jahren, den er vor einem Jahre der Gesellschaft vorgestellt hatte und der am Tage zuvor plötzlich gestorben war. Es handelt sich um eine **reine Mitralinsuffizienz**, was seinerzeit bei der Vorstellung bestritten wurde.

Diskussion über Dr. C. Welcker's Vortrag: **Ueber Myopie.**

Dr. O. Kraft ist der Ansicht, dass die Erblichkeit viel grösser sei, da die meisten Myopen erblich belastet seien. In Bezug auf Netzhautablösung nach der Entfernung der Linse ist er der Ansicht, dass diese Komplikation nicht häufiger sei als ohne Operation. Er hat die Operation meistens in einer Sitzung vollendet. Die Korrektion der Myopie wird jetzt voll durchgeführt.

Dr. Welcker schliesst die Diskussion mit der Angabe, dass Fuggala die Operation wieder eingeführt haben.

Klinische und therapeutische Notizen.

— *Ueber die Verwendbarkeit von Helmitol in der Frauenpraxis.* Unter den neueren Mitteln zur Harndesinfektion bei Cystitis, Bakteriurie, Pyelitis etc. nimmt das Helmitol, wie Hugo Klein (Wien) ausführt, einen hervorragenden Platz ein. Die zahlreichen Mitteilungen, welche über das Präparat vorliegen, so von Rosenthal, Heuss, Müller, Kelemen, Siebert, Steinbüchel etc., bestätigen übereinstimmend, dass das Helmitol ein recht brauchbares Harn- und Blasenantiseptikum sei. Verwendet wird es intern am besten in der bekannten Tablettenform zu 0.5 *g*. „Originalpackung Bayer" und zu Spülungen in 1%iger Lösung. In Wasser gelöst, hat es einen säuerlichen, nicht unangenehmen Geschmack, der durch Zusatz von Zucker ganz angenehm werde. Man giebt im allgemeinen 3—4 *g* pro die innerlich, kann aber, wenn erforderlich, die Dosis auch erhöhen, da es gut vertragen wird und unangenehme Nebenwirkungen nicht zu befürchten sind. Verfasser hat das Helmitol in mehreren Fällen von Cystitis angewendet und gleichfalls gefunden, dass es sehr brauchbar ist. Insbesondere hat in seinen Fällen der schmerzhafte Urindrang bald abgenommen; der Harn wurde klar und das subjektive Befinden der Patientinnen besserte sich, so dass er es bei dieser Krankheit in der Folge stets verordnen wird und es als Hilfsmittel bei der Behandlung von Blasenerkrankungen bestens empfehlen kann. („Neue Therapie", Heft 12, 1905.)

— *Das Veronal gegen das Zittern, besonders gegen das Zittern bei multipler Sklerose.* Das Veronal ist nicht nur ein gutes Hypnotikum, sondern ist nach den Beobachtungen des Verf. auch im stande, den Tremor bei verschiedenen

Gehirn- und Nervenkrankheiten günstig zu beeinflussen. Im besonderen hat Verfasser diese Erfahrung bei der multiplen Sklerose gemacht. Er gibt das Mittel 1—2 Wochen lang jeden Abend zu 0.5 *g*, setzt dann ebenso lange aus und beginnt von neuem mit der Kur. Mit dem Zittern besserte sich auch der Nystagmus und die skandierende Sprache. („Deutsche med. Zeitung", 1906, Nr. 14.)

— *Ueber intravenöse Strophanthintherapie.* Albert Fraenkel (Badenweiler) hatte während einiger Wochen dieses Winters Gelegenheit gehabt, gemeinsam mit Dr. Schwartz an der medizinischen Klinik des Prof. Krehl in Strassburg eine intravenöse Strophanthintherapie zu studieren.

Beide Autoren benutzten das von C. F. Böhringer & Söhne dargestellte Strophanthin in Lösung 1 : 1000, deren Wirkung stets eine konstante war.

Sie injizierten davon ¾ bis 1 ccm.

Schon die ersten Versuche mit richtigen Dosen zeigten die glänzenden Erfolge der neuen Methode: die Raschheit und Stärke der Wirkung, die innerhalb 3 bis 4 Minuten einsetzte. Der Puls des Kranken wird voller, seine Atmung langsamer und eine Harnflut bricht los, wie man sie in solch kurzer Zeit bisher auf keinem Wege erreichen konnte. Der eine Kranke, der vor dem Eingriff unter dem Bilde der CO_2 Ueberladung apathisch dalag, belebte sich rasch, der andere, der den Anblick hochgradiger kardialer Dyspnoe und der durch sie bedingten Angst und Unruhe darbot, beruhigte sich und viele finden schon nach einer einzigen Injektion den Schlaf, den sie seit Wochen entbehren mussten.

Die Autoren habe im ganzen zirka 50 Injektionen von ¾ bis 1 ccm einer Lösung = ¾ bis 1 mg Strophanthin-Böhringer an 25 Kranken gemacht.

Die Wirkung blieb nur dort aus, wo für Anwendung der Digitalis nur eine relative oder überhaupt keine sichere Indikation bestand; sie versagte aber nie, wo eine absolute Anzeige für die Anwendung des Mittels vorlag.

Der therapeutische Nutzen der intravenösen Injektionen tritt meist ohne Nebenerscheinungen ein. Von unangenehmen Nebenwirkungen wurden nur die folgenden kennen gelernt:

Zuweilen stellten sich ½ bis 1 Stunde nach der rite vollzogenen Injektion mehr minder starke Fröste und Temperatursteigerung ein, die zwischen 37.0 und 38.0 schwankte, manchmal aber auch bis 38.6 und 38.8 im Rektum anstieg. Diese flüchtige und ungefährliche Fiebererregung kann nur durch Reduzierung der Dosis vermieden werden.

Von anderen Nebenwirkungen wurde Erbrechen und Darmstörung bei nicht zu hoch bemessenen Dosen nicht beobachtet. Sie treten nur ein, wenn man vor Ablauf der Wirkung einer Injektion eine zweite Injektion folgen lässt. Dann macht sich die kumulative Wirkung des Strophanthins geltend und können die Autoren auf Grund ihrer Versuche mit voller Bestimmtheit aussprechen, dass auch Strophanthin kumulierende Eigenschaften hat.

Die praktische Bedeutung der intravenösen Strophanthintherapie möchten die Autoren zunächst dahin formulieren: Sie wird nicht etwa die Methode der Anwendung der Digitalis sein, sondern kommt nur bei bedrohlichem Grade von Herzinsuffizienz in Betracht. Da allerdings verspricht sie lebensrettend zu wirken. Ferner kann sie in solchen Fällen von chronischer Herzinsuffizienz versucht werden, wo die interne Therapie versagt oder Magendarmstörungen die Anwendung unmöglich machen.

Die intravenöse Strophanthintherapie ist nicht etwa zu ersetzen durch die subkutane Applikation des Mittels. Vorversuche der Autoren haben gelehrt und es hat sich später bestätigt, so oft bei der Einspritzung nur ein Tropfen der Lösung versehentlich nicht in die Vene, sondern in das Unterhautzellgewebe geriet, dass das Strophanthin unter der Haut jedesmal zu einer Rötung und Infiltration führt, die sehr schmerzhaft ist und einige Tage andauert, ähnlich wie beim Digalen.

In jedem Einzelfalle der Digitalisanwendung ist dem Arzte die Entscheidung vorbehalten, zwischen der langsam sich entfaltenden Wirkung der internen Therapie und der intravenösen Einverleibung des Strophanthins, die in wenigen Minuten dem Kranken zugute kommt, zu wählen. („Verhandl. des Kong. für innere Medizin", 1906.)

— *Ueber Helmitol.* Für die Prophylaxe und Behandlung der Scharlach-Nephritis hat Gross (Budapest) speziell das Helmitol erprobt, weil dieses Präparat seines angenehmen Geschmackes wegen von den Kindern lieber genommen wird.

„Das Helmitol wurde bisher in 27 Fällen bei Kindern von 4—12 Jahren gegeben u. zw. am dritten bis siebenten Tage nach Beginn der Krankheit durch 14 bis 17 Tage täglich 1½ *g*. Von den 27 Kranken trat bei 5 (18.51%) Nephritis auf. In allen 5 Fällen war die Nephritis

von milden Verlauf und dauerte 2 bis 4 Wochen. Bei den übrigen 22 Kranken war keinerlei unangenehme Nebenwirkung des Helmitols zu beobachten". („Budapesti orvosi ujsag", 1905.)

— *Ueber die Credé'sche Silbertherapie bei Augenkrankheiten* berichtet Marineoberarzt Dr. Meyer. Die Chinesen geben ein überreiches Material an Augenkrankheiten, besonders an eitrigen Bindehautentzündungen und Trachom, eine Folge der grenzenlosen Unsauberkeit. Das für das sehr feuchte und an grellem Sonnenschein reiche Klima zu empfindliche Itrol ersetzte Verfasser durch das Collargol, das er in 5%iger Lösung einträufelte; darauf folgte eine leichte Massage. Diese Prozedur wurde dreimal am Tage wiederholt. Durch diese Behandlung kamen alle Bindehauteiterungen, auch nach Tripperinfektion, zum Stillstand und Rückgang. Bei Säuglingen liessen sich die eitrigen Konjunktivitiden sicher beherrschen. Bei akutem, frischem Trachom wurde mit blutiger Entfernung der Bläschen begonnen, worauf die Massage mit 5%iger Collargollösung folgte. Bei chronischem Trachom und Folliculärkatarrh wurde zuerst die Sekretion durch die Collargolmassage zurückgedrängt, dann erst die Kupfercitratsalbe appliziert. Bei den Operationen zur Beseitigung der Folgezustände jahre- und jahrzehntelanger Bindehaut- und Hornhauteiterungen gab die Verwendung des Collargols zur vorbereitenden Desinfektion und zur Nachbehandlung gute Resultate; eine Infektion des Augapfels kam nie vor. Bei frisch verletztem Augapfel hielt das Collargol die allgemeine Entzündung des Auges zurück; bei schon bestehender Panophthalmie gab auch Collargol keine Aussicht auf Erhaltung des Augapfels; doch wurde ein Weiterschreiten der Infektion auf benachbarte Organe verhindert; zu diesem Zweck gab Verfasser in entsprechenden Fällen auch innerlich Collargol, und zwar ½—1stündlich 1 Teelöffel der ½—1% Lösung. Das Collargol, sagt der Verfasser, „verleiht ihm bei glänzlicher Gefahrlosigkeit ein Gefühl der Sicherheit, das er anderen desinfizierenden Mitteln gegenüber nie besessen hat". („Centralblatt für praktische Augenheilkunde", 1906, Nr. 3.)

— *Ueber Theocin.* Dr. V. Plavec fasst seine Erfahrungen über Theocin folgendermassen zusammen:

1. Das Theocin ist zwar ein kräftiges Diuretikum, dem, was die Steigerung der Diurese betrifft, keines der bekannten Diuretica gleichkommt, aber es unterliegt mehr als alle anderen Diuretica individuellen Schwankungen. Die diuretische Wirkung ist (bis auf einige Ausnahmefälle) keine dauernde; ja sie kann schon nach 24 Stunden verschwinden. Durch eine gleichzeitige Dechlorisation oder Kombination mit anderen (hauptsächlich salinischen) Diureticis lässt sich die Theocinwirkung erhöhen und verlängern.

2. Der Blutdruck ändert sich zwar nach der Theocindarreichung nicht, aber die Herztätigkeit nimmt offenbar zu. Die Dilation des Herzens wird kleiner, die Atemnot nimmt ab, der Herzspitzenton wird kräftiger, der Puls voller.

3. Die konstanteste und beste Wirkung äussert das Theocin auf alle Störungen der Zirkulation und Diurese bei Arteriosklerose, in zweiter Reihe bei der Myocarditis. Auf die Angina pectoris übt es einen sehr wohltuenden Einfluss aus.

4. Bei chronischer und akuter Nephritis entfaltet es selten eine starke Wirkung, ist aber nicht kontraindiziert.

5. Die unangenehmen Nebenwirkungen kann man am besten und sichersten durch Herabsetzung der Gabe (auf 2—3 mal 0.2 *g* pro die) vermeiden, wodurch die Steigerung der Diurese nicht wesentlich beeinträchtigt, die Wirkung des Theocins aber eine dauernde wird. Die bei manchen Personen auftretenden Magenstörungen sind mehr zentralen als peripheren Ursprungs. („Heilkunde", Juni 1906.)

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York. Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, Oktober 1906. No. 10.

Physiologie und Pathologie der Bauchmuskeln.

Von Dr. A. Rose.

In Lehrbüchern der Anatomie lesen wir über die Wirkung der Bauchmuskeln: „sie haben die gemeinsame Bestimmung, die Bauchhöhle in verschiedenen Richtungen zu verengern und durch den Druck (Bauchpresse), welcher hierdurch auf die Baucheingeweide ausgeübt wird, die Entleerung ihres Inhalts zu fördern, wie bei der Geburt, bei der Stuhl- und Kothentleerung, beim Erbrechen und einigermassen selbst beim Erguss der verschiedenen Sekrete." Das sind aber alle nur gelegentliche, bei weitem nicht alle Wirkungen dieser Muskeln. Zu allererst ist ihre Bestimmung, die Baucheingeweide in der physiologischen Lage zu erhalten; schon davon findet sich in Textbüchern nichts bemerkt. Wenn die Bauchmuskeln mit ihren Sehnen und Faszien erschlafft, so entsteht Gastroptosie oder Enteroptosie oder Splanchnoptosie, gleichgültig wie wir die Senkung der Entera, des Splanchnon oder des Gasters nennen wollen; die drei Benennungen bedeuten ein und dieselbe Sache, Senkung der Eingeweide des Bauches oder abdominelle Senkung in Folge von Atonia gastrica.

Es haben die Bauchmuskeln mit ihren sich nach allen Richtungen spitzwinklig kreuzenden Fasern aber noch eine weitere Bestimmung, von der in Textbüchern nichts erwähnt ist, und wenn wir die verschiedenen Wirkungen dieser Muskeln nach ihrer Wichtigkeit vergleichen wollen, so wird es uns schwer fallen zu sagen, welche dieser Wirkungen die grösste Bedeutung beansprucht: Tatsache ist, dass sie die abdominelle Innervation kontrollieren, die Flüssigkeitsbewegung im Bauch beherrschen, und zwar nicht nur die Flüssigkeitsbewegung in den Eingeweiden, die Sekretionen, sondern auch die Flüssigkeitsbewegung in den Geweben. Um den Einfluss der Wirkung der Bauchmuskeln auf die Zirkulation und Innervation zu verstehen, müssen wir die Physiologie der Zirkulation von einem neuen Standpunkt aus, den Groddeck angewiesen, betrachten.

Es gibt mechanische Gewalten in unserm Körper, welche die Säfte verteilen, es ist nicht das Herz allein, welches das Wasser bewegt, denn wir haben Flüssigkeitsbewegung in unserm Körper, auf die das Herz keinen Einfluss hat.

Das Wasser in unserm Körper ist in dreifacher Weise verteilt: 1. als Blut oder Lymphe in den Gefässen, 2. als

Gewebssaft in bestimmten Räumen zwischen und in den Organen, 3. bildet es den wichtigsten Teil der Zelle. Diesen drei Systemen gemeinsam ist, dass sie mechanisch ausgedehnt oder zusammengepresst werden können, dass sie sich aus eigner Kraft zu erweitern und zu verengern vermögen.

Der Flüssigkeitsgehalt eines Körperteiles kann, unabhängig von der Blutzirkulation in den Gefässen, durch die Beschaffenheit seiner Gewebe bedingt sein, denn die Blut- oder Wasserverteilung wird zum Teil durch die Funktionen der Muskeln, den Einfluss dieser Funktionen auf die vasomotorischen Nerven reguliert. Die Wasserverteilung hängt aber auch ab von der Umgebung, in der die Blutgefässe eingebettet sind. Am meisten Einschränkung besteht in der Schädelhöhle; hier machen sich die Schwankungen der Zirkulation am schnellsten und intensivsten bemerkbar; am wenigsten Einschränkung bietet der Bauch. Derselbe ist das wichtigste Organ der Wasserverteilung, hier nehmen die Flüssigkeitsschwankungen die grössten Dimensionen an.

Das Herz hat die Aufgabe, das Wasser zu bewegen, wozu es einer gewissen Kraft benötigt; besteht eine Störung des Gleichgewichts zwischen seiner Aufgabe und seiner Kraft, so müssen wir die Widerstände im Kreislauf verringern, die Arbeit des Herzens erleichtern, denn die Kraft des Herzens zu steigern, geht nicht auf die Dauer. Vor allem müssen wir zum Zweck der Erleichterung des Herzens die mechanischen Gewalten in unserm Körper, welche die Säfte verteilen, regulieren; um sie regulieren zu können, müssen wir sie vorerst kennen.

Die wichtigste treibende Kraft des Wassers ist seine Schwere. Es fliesst von oben nach unten. Die tiefer gelegenen Teile müssten nun, wenn es sich um diese Schwerkraft allein handelte, das meiste Wasser enthalten, die unteren Extremitäten müssten dann beständig hyperämisch oder oedematös sein, denn die Systole des Herzens ist nicht mächtig genug, das Venenblut zum Herzen zurückzutreiben. Hier kommen die Nervi irrigentes in Tätigkeit welche die Gefässe erweitern, in Folge dessen Saugkraft entsteht. Wie wir wissen, ist das Herz nicht nur eine Druckpumpe, wie Harvey gelehrt und wie man Jahrhunderte lang annahm, sondern es ist auch ein Saugapparat. Das Verhältnis zwischen Druck- und Saugkraft ist wechselvoll; in normalem Zustande gleichen sich diese Kräfte aus, das arterielle Blut wird durch Herztätigkeit und hydraulischen Druck bewegt, das Venenblut durch Saugkraft, und das Blut in den Kapillaren durch Druck- und Saugkraft. Das Herz setzt das Blut in Bewegung, die Gefässe verteilen es, aber der Blutreichtum eines Körpers hängt weniger von seinem Gefässreichtum als von der Zahl und Ausdehnung der Kapillaren ab. Diese Ausdehnung ist wechselnd, und die Flüssigkeitsbewegung in den Kapillaren wird durch ein Nervensystem reguliert, dessen Empfindlichkeit grossen Schwankungen ausgesetzt ist.

Jeder Muskel ist eine Druck- und Saugpumpe, die auf die Blutverteilung vor allen Dingen in den Kapillaren und die Flüssigkeitsverteilung in den Geweben einwirkt. Erschlaffte Gewebe saugen sich leichter voll, und hierauf beruhen die hartnäckigen Blutungen ex atonia post partum und während des Klimakteriums, welche aller Behandlung widerstehen, bis die Ursache, die Atonie, gehoben, bis der Tonus der Bauchmuskeln durch passenden Verband, durch Heftpflasterverband, wieder hergestellt worden ist. Dies hat auch Bezug auf chronische Diarrhoe bei Atonia gastrica, die aller Medikation, allen diätetischen Massregeln widersteht, bis die Ursache, die Atonie, gehoben ist.

Der gleichmässig verteilte Druck des von mir angegebenen Heftpflasterverbandes auf die Bauchwand wirkt nicht nur auf den Tonus der Bauchmuskeln und damit indirekt auf die Zirkulation, sondern er wirkt auch direkt in einer

Weise, welche man mit der Wirkung des Gipsverbandes bei Gelenkentzündung vergleichen kann, nämlich indem durch gleichmässigen Druck die vasomotorischen Nerven der Kapillaren gereizt und infolgedessen die Kapillaren dilatiert, die Blutzirkulation in denselben und in den Gefässen überhaupt beschleunigt wird. Es ist dies ein besonderer Faktor der Beeinflussung der Flüssigkeitsverteilung im Bauche.

Alles dies beweist zur Genüge, dass die Bauchmuskeln eine weit grössere Bedeutung haben, als man bisher erkannt; es zeigt auch, welche Beziehung ihre Erschlaffung zu vielerlei pathologischen Zuständen hat und welche praktischen Anhaltspunkte sich daraus für die Therapie ergeben.

Eine Theilerscheinung der Gastroptosie ist die Wanderniere. Ausgenommen es liegen besondere Komplikationen vor, wird die Stützung der Bauchwand durch den Heftpflasterverband genügen, um die gesunkene Niere in ihre physiologische Lage zurückzubringen und in derselben zu erhalten. Bei der Therapie muss unser erstes Bestreben sein, womöglich die Krankheitsursache zu beseitigen, und das tun wir bei der Nephroptosie durch Anlegung des Heftpflasterverbandes, d. h. durch Wiederherstellung des Tonus der Bauchmuskeln.

Chololithiasis*) hängt immer hauptsächlich von Gallenstauung ab und diese Gallenstauung ist vielleicht in den meisten Fällen die Folge von Atonia gastrica. Hebung dieser Atonie ist gewiss ein Prophylaktikum gegen Gallensteinbildung. Bei Gallensteinkolik ist dies Verfahren ein promptes Heilmittel in vielleicht der grossen Mehrzahl der Fälle. Die Gallensteine werden dabei indirekt fixiert, und dies erklärt das Nachlassen des Schmerzes nach Anlegung des Verbandes.

Die Erschlaffung der Bauchmuskeln kann vielerlei Nervenstörungen zur Folge haben, sie ist in vielen Fällen die alleinige Ursache von neurasthenischen oder hysterischen Symptomen u. a. auch der sog. nervösen Dyspepsie. Dass dies so sein kann, geht daraus hervor, dass in manchen Fällen die nervösen Symptome verschwinden, sobald die Erschlaffung der Bauchdecken gehoben ist.

Es gibt Fälle von Dysmenorrhoe, die mit Atonia gastrica in Zusammenhang stehen; alle Bauchorgane in der Tat, der Magen, die Därme, die Nieren, Leber, Milz und Uterus können in verschiedener Weise durch die Erschlaffung der Bauchmuskeln affiziert sein. Ich veröffentlichte einen Fall von Dysmenorrhoe von zehnjähriger Dauer, der allen den gewöhnlichen Heilversuchen widerstanden hatte, in welchem jedoch die Katamenia schmerzlos verliefen, nachdem der Pflasterverband eine Zeit lang getragen worden war.

Hierher gehören die Beobachtungen, die ich gemeinschaftlich mit Dr. Robert C. Kemp bei Behandlung von Colica mucosa gemacht und die ergaben, dass in Fällen, die wir mit Heftpflasterverband behandelten, um die vorliegende Atonia gastrica zu heben, die Symptome verschwanden, ja dass die Heilung eine dauernde war: ein Beweis des Zusammenhangs von Atonia gastrica mit Colica mucosa. Ob dieser Zusammenhang in allen Fällen besteht, muss durch weitere Beobachtungen festgestellt werden. Was bisher darüber gesagt wurde, habe ich an anderer Stelle mitgeteilt: man hat hie und da gefunden, dass bei Colica mucosa auch Gastroptosie besteht, diesem Zusammentreffen aber keine weitere Beachtung geschenkt.

Es gibt Darmblutungen ex atonia gastrica, aber wie wenig man diese Tatsachen kennt, habe ich Gelegenheit gehabt zu erfahren. Ein sehr bekannter und überaus belesener Pathologe veröffentlichte einen Fall von letal verlaufener Darmblutung, in welchem von ihm die Natur des Leidens nicht ausgefunden werden konnte. Er zählte auf, dass kein

*) Nicht Cholelithiasis, denn letzteres ist ungrammatisch.

Magen- oder Duodenalgeschwür vorlag, eine Probelaparotomie ergab, dass keine bösartige Neubildung bestand. Nachdem der Patient die Laparotomie überstanden, wurde Gastroenterotomie (fälschlich Gastroenterostomie genannt) an ihm ausgeführt. Er starb dreissig Stunden nach dieser Operation. Bei der Nekropsie wurden keine Erosionen, keine varikosen Venen, keine aneurysmatische Dilatation der Kapillaren gefunden. Vom Pylorus bis zum Anus keine groben Läsionen der Därme; ausgeschlossen waren Lungen- und Herzerkrankung, Philhämorrhagie (fälschlich Hämophilie genannt), Varicen des Oesophagus; kurz, alle nur denkbaren Ursachen der Blutung wurden ausgeforscht — mit Ausnahme der Atonie. Der Vortragende schloss seinen Bericht mit den Worten: „Dieser Fall scheint mir einer von den seltenen Fällen von Blutungen des gastrointestinalen Kanals zu sein, in denen keine Läsionen vorliegen." Ob dies ein Fall von Blutung ex atonia war, kann ich nicht sagen. Als ich den Vortragenden fragte, ob keine Erschlaffung der Bauchdecken vorgelegen, antwortete er „Nein!" Tatsache ist, das er in der Aufzählung der denkbar möglichen Ursachen der Blutung diese Möglichkeit nicht erwähnte. Merkwürdig ist immerhin, dass ein durch anhaltende Blutungen geschwächter Patient, wie er hier beschrieben wurde, keine Erschlaffung der Bauchdecken gehabt. Uebrigens steht unser Kollege in seiner Nichterwähnung der Möglichkeit der Blutung ex atonia nicht allein. H. Leo hat einen sehr ausführlichen Artikel „Ueber die Behandlung der Blutungen aus dem Verdauungskanal" in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift", No. 36, 1906, veröffentlicht, in dem er, wie unser hiesiger Kollege, alle denkbaren Ursachen bespricht, aber Atonie der Bauchmuskeln und, was damit zusammenhängt, mit keinem Worte erwähnt.

Es gibt, wie wir sehen, weitgehende und vielfache bisher nicht gewürdigte Beziehungen der Erschlaffung der Bauchmuskeln zu pathologischen Zuständen. Wir haben gesehen, dass die Wasserverteilung im Bauch zum grossen Teil von der Einwirkung der vasomotorischen Nerven der Kapillaren abhängt, dass die Bauchmuskeln auf die vasomotorischen Nerven einen mächtigen Einfluss ausüben, dass dies ersichtlich ist aus den Folgen, welche die Erschlaffung dieser Muskeln auf die Wasserverteilung im Bauche haben kann.

Es gibt Fälle von Atonia gastrica, in denen eine allgemeine Atonie nicht besteht, in denen die Patienten trotz der Erschlaffung der Bauchmuskeln sonst muskelkräftig sind. Einer meiner Patienten dieser Art, dessen Fall ich in meinem Buch „Atonia Gastrica" beschrieben, war ein Athlet, ein anderer ein Polizist. Beide litten an Hyperchlorhydria.

In Dr. Kemp's Klinik im Manhattan State Hospital haben wir genaue Beobachtungen angestellt über den Zusammenhang von Atonia gastrica mit Hyperchlorhydria und anderen Sekretionsanomalien des Magens. Wir fanden, dass die Anlegung des Heftpflasterverbandes Sekretionsanomalien zum Verschwinden brachte. Dasselbe fand ich in meiner Klinik im Post Graduate Hospital bestätigt.

Dr. Walter N. Clemm in Darmstadt, dem ich für die Einführung der von mir vorgeschlagenen Methode der Behandlung der Atonia gastrica in Deutschland zu Dank verpflichtet bin, hat auf den Vorteil der Stützung der Bauchmuskeln bei Magengeschwüren hingewiesen.

Wie Dr. Clemm bin ich auch Dr. R. Weissmann in Leidenfels für seine Beiträge zur Literatur über diese Behandlungsmethode zu Dank verpflichtet.

Dr. B. Schmitz in Bad Wildungen hat die Bedeutung der Erschlaffung der Bauchmuskeln bei Nephritis erkannt, den wohltätigen Einfluss der Stütze dieser Muskeln, also der Verbesserung der Zirkulation bei Bright'scher Nierenkrankheit beobachtet und beschrieben, ehe er von meinem Verfahren Kenntnis hatte.

Dr. N. Rosewater in Cleveland, Ohio, hat fast gleichzeitig, aber unabhängig von mir, den Heftpflasterverband zur Hebung der Atonia gastrica vorgeschlagen.

Dass es auch Fälle von hochgradigen Störungen der Flüssigkeitsbewegung im Bauche infolge allgemeiner Atonie gibt, dafür haben wir ein historisches Beispiel, aus dem zugleich ersichtlich, wie die abdominellen vasomotorischen Nerven im Nervenzentrum beeinflusst werden können. Ich entnehme dieses Beispiel der berühmten Dissertation von Ch. Io. von Scherer „Historia morborum, qui in expeditione contra Russiam anno 1812 facta legiones Wuertembergicos invaserunt, praesertim eorum, qui frigore orti sunt", die im Jahre 1820 mitgeteilt wurde.

Die im Jahre 1812 von Napoleon gegen Russland ausgerüstete Expedition war in 10 Divisionen abgeteilt, deren jede 50—60 tausend Mann zählte; alle gesunde, kräftige und zum grössten Teil durch langen Dienst körperlich und geistig erstarkte Leute. Anfang Mai kam das Heer an den Grenzen von Polen an, von da betrat es nach beschwerten Eilmärschen in der Mitte des Juni die Ufer des Niemen, der die Grenze zwischen Polen und Litthauen bildet. Eine ungeheure Soldatenmasse stiess bei der Stadt Kowno zusammen, ging am 18. Juni auf zwei Schiffsbrücken über den Fluss und stellte sich auf dem jenseitigen Ufer, unter den Augen des Kaisers, in unabsehbaren Reihen in Schlachtordnung.

Aber schon der mühsame Tag und Nacht fortgesetzte Marsch durch das sandige Polen, die beinahe afrikanische Sonnenhitze bei Tag, die Kälte bei Nacht in Verbindung mit Gewittern aus Norden, das Biwakieren oft auf blosser durchnässter Erde, der überhandnehmende Mangel an reinem Wasser und frischen Lebensmitteln, die aus dem Sande auf dem Wege aufgejagten ungeheuren Staubmassen, die gleich einer schwarzen Wolke den Zug auf viele Meilen bedeckten, alles dies hatte die Kräfte der Soldaten schon am Anfang des Feldzugs geschwächt. Viele erkrankten, noch ehe sie über den Niemen kamen. Der Zug durch Litthauen wurde ebenso beschleunigt, wie der durch Polen, der Mangel an Lebensmitteln nahm zu, das Fleisch von teils durch Hunger, teils durch Ermüdung gefallenem Vieh war lange das einzige Nahrungsmittel der Soldaten, welches, zumal es nicht gehörig gekocht wurde, den erschöpften Kräften der Soldaten nur sehr wenig aufhalf. Mehl und Brod fehlten ganz, und selten nur konnte man etwas Branntwein erhalten. Die ungeheure Hitze, der eingeatmete brennende Sand, trockneten beinahe alle Feuchtigkeiten des Körpers aus; umsonst verlangte der Durstende nach einem erquickenden Trunke Wassers, oft gewährten Pfützen und stinkende, von Würmern wimmelnde Teiche die einzige Gelegenheit zur Löschung des Durstes. Die gemeinen Soldaten liessen sich beim Vorbeigehen an einem Sumpfe nicht abhalten, haufenweise auf das unreine Wasser zu stürzen und es ohne Mass und Ziel zu verschlucken.

So betrat das Heer, im höchsten Grade ermüdet und die Anlage zu Krankheiten in Folge von Ueberanstrengungen und Mangel an Lebensmitteln in sich tragend, den feindlichen Boden.

Noch dauerten die Eilmärsche während der Tageshitze fort, durch brennenden Sand und staubschwangere Luft; jetzt folgte auf die drückende Hitze schlechtes Wetter, Regen und kalte Winde in seinem Geleite.

Mit dem unbeständigen Wetter trat zuerst eine allgemeine Diarrhoe, die sich schon nach dem Uebergang über den Niemen gezeigt, heftiger auf. Schnell wurden sehr viele davon befallen, unzählige traten mitten auf dem Marsche aus den Reihen. Von dem am Morgen verlassenen bis zu dem am Abend bezogenen Lager war der Weg, den das Heer nahm, von den fortwährenden stinkenden Ausleerungen solcher Kranken verunreinigt. Die Zahl derselben war zu gross, als dass alle, namentlich nach ein-

getretenem Mangel an Gegenmitteln, ordnungsmässig hätten behandelt werden können. Viele, die nicht weiter konnten, blieben am Wege liegen und erhoben sich nur mit grosser Anstrengung, um dem Zuge sich nachzuschleppen; einige, bei denen sich zur Diarrhoe noch ein anhaltendes Fieber gesellt hatte, starben schon in den ersten acht Tagen.

Indess stemmte sich der grössere Teil des Heeres mutig gegen das umgreifende Uebel; doch umsonst. Bald erlag auch die stärkste Konstitution, entblösst von aller Hilfsleistung, besonders von vegetabilischer, namentlich mehliger Nahrung, aller Pflege und allen Arzneimitteln, sodass das Uebel, dem keine Schranken mehr gesetzt werden konnten, zumal da auch das übrige Ungemach gleichmässig fortdauerte, bald den höchsten Grad erreichte. Die anfänglich einfache Diarrhoe ging bald in Ruhr über. Allgemein griff diese um sich, sodass, als das Heer an dem Ufer der Düna angelangt war, schon tausende von den Württembergern in den Feldlazarethen lagen und viele starben. Jeden Morgen fanden sich unter dem kleinen württembergischen Korps oft dreissig und darüber, die über Nacht gestorben waren, und das nicht nur solche, welche schon krank angekommen waren, sondern auch viele, die man am Abend noch unter die Gesunden gezählt hätte. Jedes Nachtlager liess sich an den vielen Totenhügeln erkennen. Bei vielen für kräftig gehaltenen Leuten trat plötzlich auf dem Wege Nervenerschöpfung ein. Sie waren nicht mehr im stande, sich von der Stelle zu bewegen: eine völlige Lähmung hatte sie ergriffen. Jetzt folgten plötzlicher Schwindel, unauslöschlicher Durst, Schmerzen über den Augen. Ohne Fieber, mit ganz langsamen Pulse und ohne irgend einen Schmerz im Unterleibe starben sie schnell, oft im Augenblicke und mit völliger Besinnung.

Oft gingen sie mit Tornister und Waffen munter dahin, setzten sich aber plötzlich nieder und gaben den Geist auf. Um eben diese Zeit verfielen viele, und zwar die kräftigsten, in Melancholie, und legten Hand an sich selbst.

Wunderbar war die Steigerung oder Verminderung der Krankheit infolge heftiger Gemütsbewegung. Grosser Schreck oder grosse Freude bewirkte bei einigen schwer darnieder Liegenden plötzliches Aufhören der Ruhr. Oberarmee-Chirurg v. Kohlreuter war während und nach der Schlacht bei Smolensk Zeuge von dem grossen Einflusse, den das Gemüt auf die Heilung der Truppen hatte. Von viertausend Württembergern, die jener Schlacht beiwohnten, waren nur sehr wenige von der Ruhr gänzlich frei. Matt und niedergeschlagen schwankte das Heer einher; als aber der Soldat aus dem noch entfernten Kanonendonner den Beginn einer Schlacht erkannte, ermannte er sich plötzlich aus seinem Schlummer; die vorher traurige Miene drückte jetzt Freude und Heiterkeit aus; freudig und mit seltener Tapferkeit nahm er am Treffen Anteil; Hoffnung auf Befreiung von dem drückenden Mangel belebte den Körper und Geist. Während der vier Tage, welche die Schlacht dauerte, und auch noch einige Tage nachher war die Ruhr wie durch magische Kraft verschwunden, kehrte aber bald in höherem Grade zurück, und mit ihr befiel den Soldaten bei fortdauerndem Mangel völliger Stumpfsinn.

Meine Erfahrungen über die Behandlung von Zirkulationsstörungen bei schweren Herzleiden mit Kompensationsstörungen und von Lebercirrhose sind noch nicht so zahlreich, dass ich darüber berichten möchte. Ueber die Beziehung der Atonie der Bauchmuskeln zu akuten und chronischen Prozessen, die sich am Uebergang des Dünndarms in den Dickdarm abspielen, d. h. über die Aetiologie der Perityphlitis kann ich nur Vermutungen aussprechen, möchte aber die Aufmerksamkeit auf die sehr nahe liegende Möglichkeit solcher Beziehungen aufmerksam machen.

Die Anzeigen zur Radikaloperation der Prostatiker.*

Von Dr. Berthold Goldberg in Wildungen.

Obgleich im verflossenen Jahrzehnt sehr viele Prostatiker nach den verschiedensten Verfahren operiert worden sind, herrscht über die Anzeigen zur Operation der Prostatahypertrophie keineswegs Klarheit. Weitere Beobachtungsreihen — heisst es gewöhnlich — von Operationen der neuesten Methode müssen die Anzeigen klären. Zum Teil ist das ja richtig. Ueber die beste Technik und über die Gefährlichkeit einer Operation können nur Operationserfahrungen belehren. Die Berechtigung einer Operationsmethode aber lässt sich bei einer nicht schlechtweg bösartigen Erkrankung nicht aus den Operationsergebnissen allein abschätzen, sondern lediglich aus dem Vergleich des Verlaufs und Ausgangs nichtoperierter und operierter Fälle.

Dazu kommt noch eine weitere Erschwerung des Urteils über den Erfolg der Operation eines Prostatikers. Kommen zu mir drei Prostatiker, so kann es sich ereignen, dass der erste eine absolut gute Prognose hat, der zweite einem zwar etwas beschwerlichen, aber recht erträglichen Lebensabend entgegensieht, der dritte aber in kurzer Frist sicherem Tode geweiht ist. Wenn nun ein Operateur, dem unter 72 perineal prostatektomierten Patienten nicht einer gestorben ist (Goodfellow, „New York Medical Journal“ 1904), die angewandte Behandlungsmethode für vollkommen gefahrlos hält, so können wir ihm das ebensowenig verdenken, als wenn ein anderer, dem unter 16 Operierten 5 starben, 3 schwersten Operationsfolgen ausgesetzt blieben, die angewandte Behandlungsmethode für immer verlässt: und doch war es ganz dieselbe, die perineale Prostatektomie (Délagénière, Internationaler Chirurgenkongress, Brüssel, September 1905).

Nicht verschiedene Technik erklärt solche ungeheuren Differenzen, sondern lediglich die verschiedene klinische Dignität der Operierten; dieser Arzt operierte kräftige Männer mit frischer Verhaltung, ohne Infektion, ja ohne Verhaltung, jener kachektische Katheter-Greise, für deren Qualen es keine andere Rettung mehr gab. Somit ist die Sonderung der prognostisch verschiedenen Gruppen und die gesonderte Erörterung des Verlaufs jeder Gruppe ohne und mit Operation unerlässlich, um den Heilwert einer Prostatikeroperation kennen zu lernen.

Für die Bewertung des Verlaufs nichtoperierter Prostatahypertrophien ist mein eigenes Material — 172 meist über eine Reihe von Jahren sich erstreckende Krankengeschichten von Prostatikern aller Arten — ausreichend; für Bewertung gerade der neuesten Operationen sind auch die Mitteilungen der englischen, amerikanischen und französischen Aerzte, die jetzt nahezu 2000 Prostatektomien betreffen, mit herangezogen; nebenbei liefert vielleicht einiges Erwähnenswerte die genaue, über Jahre sich erstreckende Nachbeobachtung von 15 Operierten unter meinen Patienten; einige habe ich selbst operiert, die anderen waren von verschiedenen Aerzten des In- und Auslands früher operiert worden. Man wird hierbei sehen, dass in den ersten Zeiten „geheilt“ scheinende Patienten garnicht anders im weiteren Verlauf sich erhalten als Nichtoperierte.

1. *Prostatiker ohne Harnverhaltung.*

Unter meinen Patienten waren 43, die trotz ausgesprochener Dysurie bei hypertrophischer Prostata ihre Harnblase vollkommen entleerten. Von ihnen waren 6

*) Aus Deutsche med. Wochenschr., 1906, No. 32.

nicht ganz 50, 15:50—60, 16:60—70, 2:70—75, 4:75—85 Jahre alt.

Mit Infektion waren in Behandlung 6, ohne solche 37. Die Infektionen, viermal Cystitiden, zweimal Prostataabszesse kamen durch palliative Behandlung zur Heilung; zugleich wurden die Patienten beschwerdefrei. Bei 17 der übrigen Patienten, die zum Teil recht erheblich durch ihre Prostata litten, bestanden neben der Prostatahypertrophie andere Krankheiten, nämlich: viermal Neurosis, bzw. Neurasthenia gravis, dreimal Herzkrankheiten, dreimal Gicht, bzw. Harnsäurediathese, dreimal Diabetes, viermal gonorrhoische Strikturen.

Die prostatischen Beschwerden wurden durch die Heilung, bzw. Besserung der andern Krankheit in einem Teil dieser Fälle prompt beseitigt. Im ganzen finde ich nur in etwa ⅓ der Fälle notiert, dass die Beschwerden durch palliative Behandlung beseitigt sind. Das liegt aber nicht an der etwaigen Ohnmacht der symptomatischen Behandlung, sondern an der Geringfügigkeit der Krankheitserscheinungen, an dem gänzlichen Mangel einer Kongruenz zwischen objektivem und subjektivem Status und an der demzufolge erklärlichen Abneigung der Patienten, sich einer „Kur" zu unterziehen.

Ist nun bei den Prostatikern ohne Harnverhaltung eine Operation angezeigt?

a) Besteht Infektion und damit ein greifbares Behandlungsobjekt, so ist doch die Regel, dass sie durch antiseptische Behandlung, da ja die Blase selbst aufs beste aushilft, gänzlich und dauernd heilt (siehe oben). Wäre sie dennoch refraktär, so wäre sorgfältigst nach der Ursache für diese auffallende Erscheinung zu suchen: schwere Urethralstrikturen, periurethrale Abszesse, tiefgreifende interstitielle Cystitis, Prostataabszesse, Steine wird man durch die entsprechenden Eingriffe zuerst zur Heilung zu bringen haben, ehe man daran denken dürfte, durch Prostatomie oder Prostatektomie ein vermutliches Hindernis der Harnentleerung zu beseitigen, das als solches garnicht wirkt. Legueu heilte sechs Prostatiker ohne Harnverhaltung, aber mit schwerster Cystitis und Calculosis durch Prostatektomie; es dürfte aber schwer zu beweisen sein, dass nicht die einfache Oeffnung, Ruhigstellung und Drainage der Blase durch Boutonnière die Patienten ohne das Opfer ihrer vielleicht garnicht so schädlichen Prostata auch geheilt haben würde. Diese Operation wäre gewiss, nachdem langdauernde Spülungen, Instillationen, Drainage durch Verweilkatheter in sachkundigster Art vergeblich angewandt worden sind, angezeigt.

b) Fehlt aber nicht nur die Verhaltung, sondern auch jede Infektion, so sollte man denken, würde niemand auch nur auf den Gedanken einer Operation kommen. Dem ist nicht so. Unter meinen Patienten befindet sich einer, dem in solchem Zustand die galvanokaustische Prostatomie gemacht worden war.

1. XIII, 2972. 50 Jahre, seit zwei bis drei Jahren Harndrang und Schwierigkeit der Harnentleerung; Harn war stets klar, Blase leert sich. Die Prostata ist breit, lang, platt; Urethra prostatica ist kurz, Mercier 20 passiert leicht. Vor einem Jahr ist dem Patienten die Bottini'sche Operation gemacht worden, „ohne dass sich danach der Zustand auch nur im geringsten geändert hätte".

Hérescо exstirpiert jede Prostata, die Beschwerden macht (Assoc. d'Urologie franç. 1904). Lydston will Personen mittleren Alters mit gesunden Harnwegen, sobald nur die Prostatahypertrophie diagnostiziert sei, operiert wissen (August 1904, „New York Med. Journ."). Albarran erklärt am 30. Oktober 1901 in der Société de chirurgie de Paris: „Il y'a un an et demi, je soutenais, que, lorsque la prostate avait acquis un certain volume, l'opération était indiqué dans tous les cas à la première période; je vais plus loin aujourd'hui et, dans l'hypertrophie prostatique, je ne cherche plus l'indications."

Ein derartiger Radikalismus gründet

sich auf zwei Voraussetzungen, erstens auf die angebliche Gutartigkeit der Prostatectomia perinealis, zweitens auf die Gefahren der Zukunft für diese Prostatikerkandidaten. Beide Voraussetzungen sind falsch. Weder folgt aus der Existenz einer grossen Prostata und der Existenz von Dysurie ohne Retention, dass mit Sicherheit sich die Retention und damit die Krankheit bei Prostatahypertrophie überhaupt je entwickeln wird; denn viele Männer und Greise leben und sterben mit hypertrophischer Prostata, ohne je Harnbeschwerden zu haben oder gehabt zu haben (vgl. Thompson).

Noch ist die Prostatectomia perinealis oder suprapubica — mit dieser neuesten Methode soll sich eben der Anzeigenkreis so erweitert haben — eine gutartige Operation. Nach Escats Zusammenstellung von 410 Fällen beträgt die Letalität 10%, die Letalität der suprapubischen Prostatektomie (31 auf 164) nahezu 20%. Freyer selbst hatte bis 1905 auf 110 suprapubische Prostatektomien 10 Todesfälle („British Medic. Journ." 1901—1905), die Zahl der postoperativen schweren Komplikationen nach der perinealen Prostatektomie, abgesehen von der fast regelmässigen Impotenz, 10—20%, nämlich Pneumonie, Embolie, Orchiepididymitis, Inkontinenz, Urethroperinealfisteln, Rektourethralfisteln!

Bei weitem nicht so gefährlich, aber auch nicht ganz ungefährlich ist die Bottini'sche Operation in diesen Fällen. Keine Operation aber beim nicht infizierten Prostatiker ohne Retention, nach welcher Methode immer sie ausgeführt werden möge, entgeht dem Vorwurf, eine prophylaktische Eventualoperation zu sein. Und so werden die deutschen Chirurgen und Urologen gut tun, sich nicht nach den oben mitgeteilten Ansichten Hérescos, Lydstons, Albarrans zu richten, sondern mit Escat strictissime daran festzuhalten: Besteht keine Harnverhaltung, so ist jede Operation der Prostatahypertrophie durchaus kontraindiziert.

2. *Prostatiker mit akuter Retention.*

Unter 125 Prostatikern meiner Beobachtung, die an Harnverhaltung litten, hatte 20mal die Harnverhaltung den Charakter der Akuität: sie war vorübergehend. Hierunter ist nicht etwa zu verstehen — ein verbreiteter und verhängnisvoller Irrtum —, dass die Patienten wieder harnen, sondern dass sie ihren Harn vollständig, bis auf den letzten Tropfen entleeren. Nicht der Uebergang der akuten, kompletten Retention in eine chronische, inkomplette Retention, sondern der Uebergang in die Gruppe 1, in die Gruppe der Prostatiker ohne Harnverhaltung, also in vollständige Heilung, wurde bei diesen 20 Fällen festgestellt.

8 von diesen waren 50—60, 7 : 61—70, 5 : 71—90 Jahre alt. Die festgestellte Dauer vollkommener Gesundheit nach der akuten Retention betrug achtmal bis zu 1 Jahr, viermal bis zu 2 Jahren, achtmal 3—5 Jahre. 1 Anfall wurde bei 4, 2 Anfälle bei 7, 3—4 Anfälle bei 4, 5 und mehr bei 5 festgestellt. Keinerlei Infektion bestand oder war verblieben, zum Teil trotz zahlreicher Verhaltungen bei 11, eine ganz leichte, gut heilbare, d. h. auf die Schleimhaut der Blase beschränkte bei 8, Pyelitis bei 1, Epididymitis bei 1. Im ganzen waren objektiv und subjektiv nach Ablauf der Verhaltungen in durchaus gutem Zustand 17, in unbefriedigendem 3 — von diesen 3 aber hatten 2 schwerste Myokarditis — diese, nicht die überstandene Harnverhaltung, trübte die Prognose —, 1 Pyelitis; übrigens ist dieser einzige schlechte Fall nicht ganz aufgeklärt.

Um ein richtiges Bild der Sachlage bei akuter Retention zu gewinnen, muss man auf der einen Seite die Patienten mit chronischer kompletter Retention berücksichtigen, welche zwei, vier, ja manchmal zehn Jahre vor Beginn der chronischen Retention einmal einen Anfall von akuter Retention hatten, auf der andern Seite diejenigen akuten, die sofort in chronische dauernd übergehen. Die Dauer der akuten Verhaltung wechselt von Tages-

bis Monats-, ja bis Vierteljahrsfristen, d. h. noch nach ein paar Monaten kann restitutio ad integrum eintreten. Statistische Erhebungen hierüber sind deswegen schwierig, weil oft nicht bis zur Wiederherstellung der vollständigen Entleerungsfähigkeit, sondern nur bis zum Beginn der Spontanmiktion katheterisiert worden ist. Anhaltspunkte, in den ersten Wochen einer Retention anzusehen, ob sie in Genesung oder in Chronizität übergehen wird, gibt es nicht. Alles in allem: die Prognose einer akuten Retention bei Prostatikern ist ohne Operation quoad vitam absolut gut, quoad sanationem dubia ad bonam vergens.

Wie ist nun die Prognose mit Operation? Man muss in der französischen Literatur schon auf 1901, 1902 zurückgehen, um noch detaillierte Berichte über Prostatektomie zu finden, da zur Zeit diese Operation zu häufig ausgeführt wird, als dass noch Details der Operation interessierten; in der deutschen sind solche Krankheitsgeschichten neueren Datums.

Die Bottinische Operation verwirft Freudenberg, einer der erfahrensten Autoren bezüglich dieser Methode, bei akuter Retention durchaus; wir brauchen uns also damit nicht weiter aufzuhalten. Unter meinen Operationen befinden sich solche, die während akuter Retentionen ausgeführt worden wären, gleichfalls nicht.

Legueu berichtet (Soc. de chir. de Paris, 15. Oktober 1902) über zwei Prostatektomien während akuter Retentionen; beide geheilt. Albarran hat einem Prostatiker während des ersten, drei während späterer Anfälle akuter Retention die Prostata perineal exstirpiert; alle geheilt (l. c.). Proust exstirpierte einem gesunden 70jährigen mit akuter, kompletter, aseptischer Retention nach achttägigem Verweilkatheterismus am 17. Januar 1902 die Prostata, welche orangengross, nur in den Seitenlappen hypertrophisch war. Patient schliesslich heil, aber vom 24.—27. Januar in Lebensgefahr. Unter den 19 Operierten Czernys (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 29. April 1905) waren 5 mit akuter Retention; davon bekamen 3 (66, 58, 56 Jahre alt) eine Mastdarmfistel nach der Operation, 2 sind geheilt; jedoch bei 8: „manchmal gehen einige Tropfen spontan ab", bei 17: „etwas Urin geht tropfenweise ab". Von Kümmells 19 Prostatektomien (l. c.) sind 7 während akuter, kompletter Retention ausgeführt worden; von 2 (9. und 16.) ist der Ausgang noch nicht bekannt; von den 5 sind 2 (3. und 7.) gestorben, 3 heil (jedoch zweimal Lebensgefahr, einmal leichte Inkontinenz!). Insgesamt unter 17 Operierten 6 schwere Misserfolge, 11 keineswegs ungetrübte Heilungen.

Hieraus geht hervor, dass die Prognose der akuten Retention bei Radikaloperationen weit schlechter ist, als ohne Operation.

Es gibt aber dennoch Zufälle im Verlaufe akuter Retention, welche symptomatische Operationen erforderlich machen.

a) Infektionen, die, über die Harnwege hinausgreifend, mit hohem Fieber, Kräfteverfall, Nierenanschwellung verbunden, trotz Verweilkatheterismus fortschreiten, erfordern Cystotomie. In den drei Fällen akuter Urosepsis im Verlaufe akuter kompletter Retention, welche ich zu behandeln hatte, gelang es mir, durch Verweilkatheterismus, durch reichliche Diurese und Diaphorese und mit Zuhilfenahme aller Hilfsmittel der Diätetik die im Alter von 67, 75, 85 Jahren stehenden Patienten über die Gefahr hinweg und in ein gut erträgliches Katheterleben hinein zu bringen.

b) Unmöglichkeit des Katheterismus bei akuter, kompletter Retention erfordert Punktion; aber der Arzt sei nicht so stolz, aus seinem eigenen Misserfolg gleich objektive Unmöglichkeit zu diagnostizieren.

XX, 277. 75 Jahre alt, chronische komplette Retention, Cystopyelitis, Al-

buminurie, Allgemeinbefinden gut. Prostata riesengross, die ganze Rektalampulle ausfüllend; nur grösstgekrümmte, äusserst elastische Katheter (Weiss-London) passieren. Vor neun Jahren Punctio vesicae suprapubica bei akuter Retention.

c) Lebensbedrohende Blutung bei akuter Retention erfordert, wenn sie bei Ruhigstellung der Harnblase durch den Verweilkatheter nicht aufhört, die Eröffnung der Blase zwecks Ausräumung der Gerinnsel und Tamponade.

Unter meinen nahezu 200 Prostatikern ist keinmal eine solch Anzeige der Cystotomie eingetreten; bei neun hatte ich akute, schwere bis schwerste, stets mit kompletter Retention verbundene Hämaturien zu behandeln; bei dreien darunter handelte es sich um lediglich akute Retentionen. Es gelang mir, durch den Katheter die Gerinnselausräumung, die Ruhigstellung der Blase und damit den Stillstand der Blutung herbeizuführen (Näheres siehe a. a. O.), unter gleichzeitiger Verwendung von Ergotin, Stypticin oder Adrenalin.

Es kommt aber, jedoch bei Prostatahypertrophie äusserst selten, vor, dass das nicht gelingt.

Adénot (Archives provenc. de chirurg. 1902, févr.): 61 Jahre alt, Retentio acuta urinae, seit 14 Tagen Hämaturie, seit acht Tagen tropft ununterbrochen Blut aus der Harnröhre. Katheterismus äusserst schwierig. Drei Tage Verweilkatheter, Ergotin, Heisswassereinspritzungen: ganz vergeblich. Blase mit Gerinnseln gefüllt. Vitale Indikation zur Cystotomie. Abtragung einer gestielten, intravesikalen, kirschgrossen Geschwulst des Mittellappens der Prostata. Heilung.

Wir sehen hier den Operateur an den symptomatisch angezeigten Eingriff gleich die Radikaloperation der Prostatahypertrophie anschliessen. Ob dies angezeigt, ratsam und möglich ist, kann nur nach Lage des Falles während des Eingriffs der Operateur entscheiden. Jedenfalls sind die vorgedachten vitalen Indikationen im Laufe akuter Retention einerseits sehr selten, anderseits nicht immer ausreichend zur Begründung der Prostatektomie an Stelle der lediglich palliativen Operation.

3. *Prostatiker mit chronischer Retention ohne Distension.*

Die Frage, ob eine Operation angezeigt sei, wird bei den Prostatikern mit chronischer Retention von vielen Aerzten, insbesondere Operateuren, mit überraschender Einfachheit gelöst. Sie sagen: sobald man dem Kranken den Katheter in die Hand geben müsste, muss er operiert werden, mit andern Worten: jeder chronische Retentionist, gleichviel, ob die Retention komplett oder inkomplett, ob sie gering oder hochgradig, ob sie aseptisch oder infiziert, muss operiert werden. Indem sie nach diesem Grundsatz verfahren, werden sie, indem sie durch eine Reihe von Operationen „die Anzeigen zu klären" suchen, weiterhin dahin kommen, die Fälle mit guten Operationserfolgen zu operieren, die übrigen, als ungeeignet zur Operation, palliativ zu behandeln. Wir werden aber sehen, dass die besten Operationserfolge bei solchen Arten von Prostatikern erzielt werden, denen es auch ohne Operation recht gut geht; somit führt dieser vielfach eingeschlagene Weg schliesslich zu dem Ende, die Operationsbedürftigsten von der Operation auszuschliessen!

Ein zweiter Weg, den man auch zuweilen eingeschlagen hat, geht darauf hinaus, durch Vergleich der Erfolge palliativer Behandlung mit denen der radikalen Operationen die Anzeigen für die Operation zu finden. Ohne eine genaue Sonderung der prognostisch verschiedenen Gruppen führt auch dieser Weg natürlich zur Bevorzugung der Radikaloperation als Therapie der Prostatahypertrophie; denn heilen können wir eine chronische Retention durch den Katheterismus nicht, nur bessern.

Stehen uns nun heute Operationsmethoden zu Gebote, mit denen wir leisten

können, was der Katheterismus nicht leisten kann, die dauernde Wiederherstellung der spontanen Entleerungsfähigkeit der Harnblase?

Die Vasektomie, die doppelseitige Resektion des Samenstrangs, heilte nach Albarran und Motz (Assoc. d. urologie 1897 und 1898) von 28 chronischen Retentionen 6, gänzlich nutzlos war sie achtmal, von Tod gefolgt fünfmal.

Die Kastration empfahl noch 1905 (l. c.) Kümmell als erfolgreich und gefahrlos bei sehr alten, schwerkranken Patienten auf Grund von 26 Operationen mit 22 Erfolgen; wieviele davon chronische Retentionen gewesen waren, ist nicht angegeben. Zwei meiner Patienten mit chronischer Retention waren Jahre vorher kastriert worden.

XX, 220. 60 Jahre alt. 1896 akute komplette Retention, Heilung. 1898 zweite komplette Retention, hiernach Cystitis, Orchitis mit Abszess, Katheterfieber, Schüttelfröste. Mai 1899 Kastration, seitdem Allgemeinbefinden gut, Cystitis und Retention fortschreitend besser, Prostata sehr zurückgegangen. 1½ Jahre post castrationem habe ich den Patienten beobachtet. Schlanker, magerer, aber starkknochiger, rüstiger Mann. Harn dunkelgelb, leicht trüb; Filtrat mit Spuren Eiweiss, ohne Zucker, s = 1028; Sediment: Leukozyten, Erythrozyten, Kristalle von Harnsäure und Oxalatkalk; einige Bakterien; ein granulierter Nierenzylinder. Harnt in gutem Strahl 100 ccm, unmittelbar danach entleerte ich mit Katheter 100 ccm Restharn. Mercier 18 passiert, aber in der Urethra prostatica nur unter Druck. Die Prostata ist gut walnussgross, hart, mit einigen weniger harten Partien. Patient muss sich einmal täglich katheterisieren und spülen.

XX, 545. 64 Jahre alt, Blasenbeschwerden beginnen 1900. Prostatahypertrophie. Retentio urinae, leichte Cystitis. Mitte 1901 doppelseitige Kastration und Goldmann'sche Operation (Hebung und Annähung der vorderen Blasenwand an der Bauchdecke ohne Eröffnung der Blase). Besserung: Prostata kleiner, Blase leert sich gänzlich.

Ich habe den Patienten zuerst ein Jahr nach der Operation, dann vier Jahre lang behandelt und beobachtet.

Ein Jahr post operationem: Prostata mässig gross, halbhart, symmetrisch; Katheterismus leicht. Blase leert sich, fasst 100 bis 150 ccm. Harn trüb, mit Leukozyten, Erythrozyten, vielen Bakterien, im Filtrat bald ¼, bald 1 ‰ Albumin. Subjektiv: Leidliches Befinden, Hauptklagen Schmerzen am Ende der Harnentleerung.

Zwei Jahre post operationem: Prostata rechts breit, knollig, gut fühlbar, links platt, minimal; Katheterismus leicht. Blase leert sich nicht, Restharn wechselt; bald bleibt die halbe, bald eine etwas geringere Menge zurück. Cystitis, Cystopyelitis, leichte chronische Urosepsis. Subjektiv: Leidet viel, am schlimmsten aber durch die Schmerzen am Ende der Harnentleerung; dieselben haben ihn seit ein bis zwei Jahren nicht mehr verlassen, treten nach dem spontanen Harnen ebenso auf wie nach der Entleerung, bzw. am Schluss der Entleerung durch den Katheter, sind Tag und Nacht vorhanden, durch Ruhe gelindert, sitzen am Darm und über der Scham. Cystoskopie: Prostata allseitig vollkommen glattrandig, ohne Buckel; Blase trabekulär, Schleimhaut wenig trüb; nichts Besonderes, weder Ulcus, noch Konkrement, noch Tumor.

Drei Jahre post operationem: Wie früher, nur hat sich Patient daran gewöhnt, sich regelmässig täglich zu katheterisieren und zu spülen; die Schmerzen gegen Ende der Miktion sind noch vorhanden, aber durch systematische, lange fortgesetzte Wärmeanwendungen erträglicher geworden. Die Besserung der Cystitis pflegte auf die Schmerzen keinen Einfluss zu äussern.

In den von mir beobachteten Fällen

hat also die Kastration die chronische Retention keineswegs dauernd geheilt. Nach Albarran und Motz (l. c.) wurde bei 39 von 90 Prostatikern die chronische Retention durch doppelseitige Kastration geheilt.

Die sexuellen Operationen erfüllen also die oben aufgestellte Forderung, die chronische Retention mit Sicherheit oder doch meistens zu heilen, keineswegs; man würde aber dem Rat Kümmells folgen und die Kastration zuweilen versuchen können, wenn sie an sich gefahrlos wäre. Aber das ist sie nicht. Es ist mir unerklärlich, wieso Kümmell (l. c.) die Beobachtung von Faulds über Psychosen nach Prostatikerkastrationen auffällig und isoliert nennen kann; teilt doch schon 1899 v. Frisch in seinem Lehrbuch der Prostatakrankheiten nicht weniger als 20 Autoren mit, die das Gleiche, akute Manie oder psychische progressive Kachexie, oft mit Exitus letalis, beobachtet haben.

Es hat meines Erachtens überhaupt nur aus einem, bisher, soweit mir bekannt, von keinem Autor erwähnten Grunde einen Sinn, noch den Heilwert der Kastration zu erörtern. Wenn wir nämlich uns veranlasst sehen, wegen multipler Abszesse Prostatikern die Hoden zu exstirpieren — bei zweien meiner Patienten kam das in Betracht —, können wir uns dann mit der Kastration begnügen, oder sollen wir gleich noch eine der direkten Radikaloperationen hinzufügen? Diese Frage ist nach dem Obigen dahin zu beantworten, dass wir abwarten können, ob wir nicht mit den Hodenabszessen auch die Retention geheilt haben; denn in einem Drittel der Fälle etwa tritt ja ein so günstiger Ausgang ein. Die übrigen sexuellen Operationen haben keinerlei Heilwert; aber die Gefahr postoperativer Psychosen liegt auch bei ihnen vor.

Ehe wir nun die Leistungsfähigkeit der direkten Radikaloperationen, der Prostatomie und Prostatektomie, bzw. der Heilung chronischer Retention erörtern, wollen wir an der Hand unserer eigenen, meist mehrjährigen Beobachtungen über Verlauf und Prognose nichtoperierter chronischer Retentionen ohne Distension ins klare zu kommen versuchen; erst danach wird sich bestimmen lassen, was vorzuziehen ist, von der Prostata oder vom Katheter befreit zu werden.

69 chronische Retentionen habe ich genau und lange genug beobachtet, um sie zu verwerten. Von diesen waren in durchaus gutem Zustande 33. Hierunter ist verstanden, dass sie gar keine oder nur eine örtlich begrenzte, unbeschwerliche Infektion (oberflächliche Cystitis) hatten, dass sie in jahrelanger Beobachtungszeit niemals in irgenwie gefährlichen Zustand geraten sind, dass sie die Katheterisierung mehr als Toilettenbestandteil, denn als Krankheit zu betrachten Anlass haben, dass sie subjektiv beschwerdefrei blieben. 36 hingegen waren in unbefriedigendem Zustande; entweder wären sie schon in Gefahr gewesen, oder ihre subjektiven Beschwerden waren gross, oder es war Anlass, einen progressiven Verlauf des Leidens anzunehmen, sei es, dass das Residuum merklich zunahm, sei es, dass Pyelitis, Pyelonephritis, Urosepsis bereits vorlagen.

Von den 69 Fällen habe ich zunächst 14 mit ungewöhnlich grosser Prostata gesondert. Unter diesen 14 sind 8 gute und 6 schlechte Fälle in obigem Sinne. Eine riesengrosse, aber weiche Prostata hatten 4 chronische Retentionisten im Alter von 58, 60, 80, 85 Jahren; von diesen sind 2 (60 und 80 Jahre) den guten, 2 (58 und 85 Jahre) den schlechten zuzuzählen. Eine harte, riesengrosse Prostata hatten 10; von diesen sind 7 der guten, 3 der schlechten Gruppe zuzuzählen. Die 7 guten habe ich bis zum 62., 70., 75., 78., 80., 85. Lebensjahr beobachtet; keiner hatte auch nur im entferntesten das Bedürfnis, die Befreiung vom Katheter durch eine schwere Operation zu erkaufen.

Von den 3 schlechten mit harter Riesendrüse hatte 1 (70 Jahre) wahrscheinlich einen Blasenstein nebenher; bei 2

war der Katheterismus unerhört schwierig. Insgesamt, um das gleich hier vorwegzunehmen, blieben von den 21 Patienten mit riesiger Prostata 12 in gutem Zustand, nämlich die restierenden 3 bis zum 72., 75., 75. Lebensjahr im ersten Stadium, 9 sind zur schlechten Gruppe zu rechnen. Hieraus geht hervor, dass die Grösse der Prostata an und für sich keinen Einfluss auf die Prognose der Prostatahypertrophie hat, da das Verhältnis der guten Fälle (9:14) keineswegs geringer ist, als bei der Gesamtheit (36:69).

Von 12 Prostatikern mit chronischer kompletter Retention ohne übermässig grosse Prostata waren 7, im Alter von 60, 61, 72, 77, 65, 80, 70 Jahren, in durchaus gutem Befinden, seit 1½, 2, 2, 3, 4, 4, 12 Jahren gänzlich ohne Infektion oder nur mit dauernd örtlich beschränkter Infektion. Unter den 5 schlechten Fällen sind 2 abzuziehen, da einer durch Calculosis, einer durch Nephritis in schlechtem Zustand war; die 3 übrigen (63, 70, 85 Jahre) litten wiederholt an Urosepsis; durch schlechten und schmutzigen Katheterismus war diese herbeigeführt, durch kunstgerechte Behandlung habe ich sie geheilt.

Die 35 Prostatiker mit chronischer inkompletter Retention bedeuten 14 gute, 21 schlechte Fälle. Der schlechte Zustand, zum Teil früher Tod, war dabei sechsmal durch von der Prostatahypertrophie unabhängige Leiden bedingt oder mitbedingt, zweimal durch Diabetes mellitus, einmal durch Myokarditis, einmal durch Pyelitis calculosa, einmal durch Neurasthenia gravissima, einmal durch schwere Urethralstriktur. Fünfmal war der Wechsel guter und schlechter Gesundheit in unmittelbarer, immer wieder mit Sicherheit nachweisbarer Abhängigkeit von der richtigen oder unrichtigen Behandlung (gar kein oder zu seltener oder überflüssiger oder schmutziger Katheterismus). Zweimal handelte es sich um Karzinom. Achtmal endlich war schnell zunehmende Distension oder schwere Infektion trotz befriedigender Katheterbehandlung Ursache der zweifelhaften und schlechten Prognose.

Bleiben schliesslich unter meinen Beobachtungen von chronischer Retention noch 7, die operiert (Kastration oder Bottini) worden waren. Von diesen waren (1, 1, 1—2, 2—3, 4, 4, 4 Jahre post operationem im Auge behalten), nach der Operation, den schlechten Fällen zuzurechnen 5, den guten, bzw. erträglichen 2. Die Ursache der auch post operationem schlechten Prognose war einmal Karzinom, viermal (3 Bottinis, 1 Kastration) zunehmende Infektion (2 eitrige Prostatis, 2 Pyelitis).

Würde ich die oben aufgeworfene Frage, ob Operation leisten kann, was Katheterismus nicht leisten kann, nämlich eine chronische Retention dauernd zu heilen, für die Prostatokaustik lediglich auf Grund der Beobachtungen an meinen Patienten beantworten, so müsste die Antwort lauten: nein. Aber dieses Beobachtungsmaterial ist zu klein. Die Statistik von 753 Fällen von Freudenberg, welche 622 Erfolge und unter 248 Erfolgen etwa ⅗ Heilungen, also im ganzen etwa 50% Heilungen ergibt, ist hier nicht zu verwerten, da sie die chronischen Retentionen nicht sondert. Aus in extenso mitgeteilten Fällen Freudenbergs sondere ich unter 14 als bestimmt chronisch 9, davon hat die Operation 7 dauernd vom Katheter befreit. (Deutsche Medizinalzeitung 1900, 1—6; Zentralblatt für Harnkrankheiten 1900; Deutsche medizinische Wochenschrift 1902, 31; Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1902, 328; Internationaler Chirurgenkongress Brüssel, September 1905.) Unter 22 von Burkart Operierten (de la Harpe, Zentralblatt für Harnkrankheiten 1901) waren 17 mit chronischer Retention; von diesen hat die Prostatokaustik 9 dauernd vom Katheter befreit. v. Frisch (Handbuch der Urologie 1906, Bd. III) hat grosse Häufigkeit

der Rezidive nach Bottinischer Operation beobachtet. Posner und Cohn (Berliner klinische Wochenschrift 1906, 16) sind mit den Heilerfolgen der Prostatokaustik bei chronischer Retention zufrieden.

Vermag die Prostatektomie die chronische Retention dauernd zu heilen? Aus eigener Erfahrung kann ich diese Frage nicht beantworten, aus den Berichten deutscher Aerzte gleichfalls nicht; denn was darüber bisher aus Deutschland (ausgenommen die Wiener Schule, insbesondere Zuckerkandl und v. Frisch) mitgeteilt wurde, ist weder nach Zahl noch nach Sonderung der Operierten ausreichend. Nichtsdestoweniger ist die Antwort mit vollkommener Sicherheit: ja. Die in diesen Zahlen niedergelegten Erfahrungen sind vollkommen einwandfrei, betreffen ausschliesslich chronische Retentionen, die weder spontan, noch durch Katheter jemals heilen konnten.

Autor	Operierte (Prostatektomie) chronische Retentionen	Vollkommen geheilte chronische Retentionen	Etwas Residuum geblieben	gest.	% der von den kompletten geheilten
Albarran	57	44 (ganz?)	?	5	—
Verhoogen	26	21	—	1—6	—
Rafin	16	13	—	5	—
Dorst	13	8	3	0	90%
Legueu	14	7 = 75%	—	—	—
Summa	126	93	11	2	93%

Wir sahen oben, dass etwa bei der Hälfte nichtoperierter chronischer Retentionisten der Verlauf ungünstig ist; wir sehen hier, dass ½ bis ¾ durch die Operation heilbar sind. Bei näherer Betrachtung ergibt sich aber folgende merkwürdige Tatsache. ¾ der Patienten, welche garnicht mehr harnen können, geht es auch ohne Operation ausgezeichnet; von nur ⅓ derjenigen gilt das Gleiche, die sich noch einen Rest der Spontanmiktion bewahrt haben.

Nun wäre es sehr schön, wenn die Operation umgekehrt gerade die inkompletten meistens heilen würden; aber leider ist es nicht so. Während von Albarrans 34 kompletten Retentionen 32 die „évacuation spontanée complète de la vessie" wiedererlangten, haben von 23 inkompletten nur 12 soweit durch die Prostatektomie gebracht werden können; Legueu heilte von 6 kompletten 5, von 8 inkompletten gar nur 2! Diese Tatsache ist wiederum eine unbestreitbare; sie wurde von 1902—1905 von allen Operateuren bestätigt.

Die Gefahren der Prostatokaustik und der Prostatektomie haben wir oben (s. oben) besprochen; auf einen Vergleich wollen wir uns nicht einlassen; wenn man bei Freyer liest: die Bottinische Operation ist „unwissenschaftlich, unnütz und gefährlich", wenn man dann Horwitz, nachdem er 161 Operationen aller Art an der Prostata ausgeführt hat, sagen hört: „Die Bottinische Operation ist die ungefährlichste und beste aller radikalen Methoden", so muss man sich solch temperamentvollem Subjektivismus gegenüber an die grossen Zahlen halten; diese zeigen, dass jeder 10. bis 15. stirbt und dass, was die interne Prostatokaustik an Heilwert weniger, die externe Prostatektomie an Gefährlichkeit mehr hat.

Die Todesursachen fallen bei allen Operationen vorwiegend auf Rechnung schwerer Infektion: Kachexia urinaria,

Pyelonephritis, Sepsis; dazu kommen bei der Prostatektomie, besonders der suprapubischen, die gewöhnlichen Todesursachen schwerer Unterleibsoperationen bei älteren Personen; hinwiederum beweisen gerade meine Krankengeschichten nach Bottini Operierter, dass tiefgreifende oder aufgestiegene Infektionen interne Kaustik verbieten, da letztere alsdann hochgefährlich, aber nutzlos ist.

Bei meinen Prostatikern waren im ersten Stadium oder, besser gesagt, in der ersten Gruppe ¾, in der zweiten Gruppe ¼, in der dritten ⅕ von Infektion verschont. Praktisch ist es also nicht sonderlich wichtig, in jeder Gruppe bezüglich der Operationsindikationen noch infizierte und aseptische Fälle gesondert zu untersuchen; die Patienten, welche ich nach Operationen zu Gesicht bekam, waren alle infiziert. Die Operationsberichte der Autoren beweisen bezüglich des Einflusses der Infektion bei der Indikation der Radikaloperationen: geringe, oberflächliche Infektion (Cystitis, Pyelitis) fordert weder, noch verbietet sie die Operation. Tiefgreifende Infektion (Periurethritis, Cystitis interstitialis, Pyelonephritis, Abszesse, Katheterfieber, Harnvergiftung) fordert Eingriffe, macht sie aber gleichzeitig gefährlich. Frische Infektion verlangt unter allen Umständen Aufschub radikaler Operationen.

Nach alledem lassen sich die Anzeigen für die Radikaloperation der Prostatiker mit chronischer Retention ohne Distension dahin formulieren:

1. Für diejenigen, welchen es beim Selbstkatheterismus andauernd subjektiv und objektiv gut geht, ist die Radikaloperation nicht angezeigt.

2. Der selbstständige Wille solcher Prostatiker, vom Katheter befreit zu werden, berechtigt den Arzt, nachdem er den Patienten ausreichend aufgeklärt hat, zur Radikaloperation.

3. Bei dauernder und hochgradiger Erschwerung des Katheterismus durch anatomische Verhältnisse ist die Radikaloperation angezeigt.

4. Sie ist es ferner bei einer trotz ausdauernd sachkundig und kunstgerecht angewandten Palliativtherapie dennoch nicht stationären, sondern progressiven Retention und Infektion.

5. Ist aus andern Gründen die Kastration angezeigt, so lasse man es zunächst bei der Kastration bewenden.

4. *Die Anzeigen zur Operation der Prostatiker mit chronischer inkompletter Retention und Distension.*

Während die Prognose der bisher besprochenen Gruppen des Prostatismus ohne Radikaloperation als gute oder zweifelhafte anzusehen war, kommen wir nunmehr zu derjenigen Gruppe, deren Prognose schlecht ist: chronische inkomplette Retention mit überdehnter Blase und den Folgezuständen der Ueberdehnung: Enuresis, Rückstauung nach oben, Polyurie (3000—6000), Insuffizienz der Nieren, Albuminurie, Kachexie. Es ist ohne weiteres klar, dass man die Anzeigen zur Operation solcher Kranker gesondert von den bisherigen Gruppen erörtern muss: denn ob ich einem Patienten zur Operation raten soll, der vielleicht noch 30 Jahre ohne Not mit dem Katheter leben wird, oder einem solchen, der bei Unterlassung jeder aktiven Behandlung sicherem Tode entgegengeht, der aber durch Katheterismus oder durch Operation gerettet werden kann, das sind zwei Probleme, die man unmöglich durcheinanderwerfen darf; meistens geschieht das aber. Man wird sagen: es handelt sich nicht um Gruppen, sondern um Stadien; jeder kommt schliesslich in diese prognostisch ungünstige „Gruppe“. Diese Ansicht ist aber, wie die von mir in diesem Aufsatz beigebrachten Tatsachen beweisen, falsch; die Unterlassung des Katheterismus ist meistens die Ursache des Eintritts des letzten Stadiums, nicht eine jeder Prostatahypertrophie immanente Progressivität. Und gerade

bei einer Reihe anderweitig Operierter habe ich gesehen, dass diese Unterlassung des Katheterismus ihnen post operationem, später, zum Verderben wurde: man wollte sie ja durch die Operation vom Katheter befreien; im Vertrauen darauf warfen sie bald den Katheter zum Gerümpel und — die Distension begann! 21 solcher Patienten habe ich behandelt.

a) Viermal war die Prostatahypertrophie durch schwere anderweitige Krankheiten kompliziert, nämlich einmal durch schwere Urethralstriktur (72 Jahre), einmal durch Schrumpfniere (70 Jahre), zweimal durch Diabetes mellitus (66 und 75 Jahre).

b) Zehn waren, als ich sie in Behandlung bekam, noch nie katheterisiert worden, im Alter von 60, 63, 70, 71, 74, 75, 75, 75, 76, 80, 80 Jahren; von diesen sind vier einige Zeit nach Beginn der Behandlung gestorben, zwei aus Gruppe a (Diabetes mellitus, Cirrhosis renum), zwei ohne Zweifel, weil man sie trotz jahrelanger Enurese, den untrüglichen Anzeichen hochgradiger Ueberdehnung durch Retention, nicht katheterisiert hatte; dreien von den sechs andern konnte ich folgen; es ging ihnen leidlich im „Katheterleben".

c) Elf waren, als sie begannen, in das Stadium der Distension einzutreten, schon katheterisiert worden, wenn auch meistens zu selten oder zu schlecht; von diesen ist einer einige Zeit nach Beginn der Behandlung (operiert nach Bottini) gestorben, zehn sind gebessert worden und in erträglichem Zustand am Leben geblieben, und zwar sechs durch Katheterismus, vier durch Bottini und Katheterismus.

d) Die fünf Operierten waren 60, 60, 62, 68, 69 Jahre alt, als sie operiert wurden, und 61, 62½, 66, 71 Jahre, als ich sie zuletzt sah; die vier leben auch jetzt noch. Die Retention wurde bei keinem der vier geheilt, aber bei dreien gebessert, bei diesen dreien auch der vorher schwierige Katheterismus leicht gemacht. Der nicht einmal gebesserte Patient, den ich noch vier Jahre nach der anderweitig vorgenommenen Prostatokaustik behandelt habe, wurde später von mir durch Verweilkatheter von der schleichend anrückenden Urosepsis geheilt.

Der Katheterismus war bei sieben der 21 Patienten dauernd und objektiv schwierig; drei von diesen sieben hatten eine Riesendrüse. Bei vieren war die Prostata allseits klein, und doch waren sie in frühem Alter (60, 62, 64, 68) in das gefährliche Stadium des Prostatismus gelangt.

Die Infektion hatte sich bei vieren während längerer Beobachtung nicht eingestellt, aber bei kaum einem war sie, als sie einmal eingetreten war, örtlich beschränkt und damit ungefährlich geblieben. Sie spielt hier bei der Entscheidung: operieren oder nicht? keine grosse Rolle; denn wir müssen immer mit ihr rechnen; nicht sie zu bannen, sondern sie in ihrer Wucht zu schwächen, kann unser Ziel sein; (s. jedoch u. Zl.) ist sie gerade im Entstehen, so ist hier die Prognose einer grossen Operation absolut infaust.

Man kann es daher verstehen, dass Nicolich und Pauchet (Annales des malad. des org. génit.-ur. 1905, 9) solche Patienten „d'emblée", ohne vorgängige Katheterkur zu prostatektomieren vorschlagen: Nicolich geht sogar in der Vermeidung des Katheters noch weiter; auch nach der Operation katheterisiert er nicht, sondern lässt die Blase offen und tamponiert sie mit Jodoformgaze aus. Alle übrigen Aerzte, welche über operierte Patienten aus dieser letzten Gruppe berichteten (VIII. Congrès d'Urologie, Paris) haben vorher eine Zeitlang katheterisiert. Uebrigens, bemerkt Escat in seinem erschöpfenden Bericht (l. c.) 1904, liegen über die gefährlichsten Fälle, mit Dehnung der Blase auf 1500—2000 g Inhalt, gar keine Krankengeschichten vor.

Es muss bis zum Beweise des Gegen-

teils bezweifelt werden, ob hochgradige ältere Folgeerscheinungen dieser Art rückbildungsfähig sind; wenn schon, so doch nicht mit einem Schlage und nicht gänzlich: man wird bei jeder Operation in diesem Stadium nicht Heilung, sondern nur Besserung in Aussicht stellen können.

Wenn Nicolich unter zehn Prostatikern, die er in diesem Stadium in palliative Behandlung nahm, neun in einiger Zeit zugrunde gehen sah, während er vier, nach der vorhin angegebenen Methode prima vista Prostatektomierte glänzend heilte, so kann darum das letztere Verfahren doch nicht zur Norm erhoben werden; denn einerseits: so schlecht sind allgemein die Ergebnisse der Katheterbehandlung doch nicht, besonders nicht bei Sechzigern (Nicolichs Patienten waren 60, 65, 67, 77 Jahre); anderseits aber: bei Patient 2 und 3 war die Dysurie gewiss chronisch, die Dilatation der Blase bestand zur Zeit der Operation gewiss, aber dass es sich um chronische Distension gehandelt habe, geht aus den Krankengeschichten nicht hervor; gerade so gut könnte man sie zur Gruppe 2: Dysuriker mit Krisen akuter Retention rechnen! Zwei glänzende Erfolge aber bleiben auf alle Fälle, die zu unserer Gruppe 4 zu rechnen sind.

Genaue Gradmesser für das Verhältnis zwischen Gefahr und zu erwartendem Erfolg des Eingriffs gibt es nicht; man wird sich aber bei einem ohne Eingriff Verlorenen doch leichter zu einem Rettungsversuch entschliessen als bei den Prostatikern der früheren Stadien. Die präoperative Katheterkur hat in dieser Hinsicht den Vorteil, dass man 8—10 Tage lang durch Messung der 24stündigen Gesamtharnmenge und des spezifischen Gewichts einen Anhaltspunkt für die Nierentätigkeit und ihre Abhängigkeit von der Belastung und Entlastung der sich rückstauenden Harnsäule gewinnt, und endlich, dass man sieht, ob und inwieweit die Folgeerscheinungen der Distension, die Dyspepsie, die Polydipsie, die Polyurie, die Kachexie, überhaupt noch der Rückbildung fähig sind.

Somit ergibt sich für die siebente Gruppe: Prostatiker mit chronischer inkompletter Retention und chronischer Distension a) sind ohne Behandlung in beständiger Lebensgefahr; b) können durch kunstgerechte (sehr schwierige!) Katheterbehandlung ausser Gefahr gebracht werden; c) können durch Prostatokaustik oder Prostatektomie sehr gebessert, falls noch keine Infektion, Kachexie oder Urämie besteht und alle sonstigen Verhältnisse günstig liegen, sogar geheilt werden; d) dürfen zur Zeit einer entstehenden Infektion unter keinen Umständen radikal operiert werden.

Hydrorrhoea nasalis, Abfluss von Liquor cerebrospinalis aus der Nase und ähnliche Affektionen.*

Von Dr. W. Freudenthal, New York.

Meine Herren! Die Patientinnen, die ich mir gestattete Ihnen heute vorzustellen, dürften in gewissem Grade vielleicht Ihr Interesse beanspruchen.

Die junge Dame hier ist 23 Jahre alt und will vor einem Jahre mit Niesen und Ausfluss aus der Nase erkrant sein. Das soll infolge einer Erkältung gekommen sein. Sie litt auch an Kopfschmerzen, die öfters sehr stark auftraten. Nachts musste sie flach im Bette liegen, weil

*) Nach einer Demonstration vor der Gesellschaft deutscher Aerzte in New York.

sonst der Ausfluss aus der Nase eintrat und ihr den Schlaf raubte. Sie konsultierte mich wegen dieses Nasenflusses, für den ich aber — das sei gleich hier bemerkt — kein anatomisches oder klinisches Substrat finden konnte. Die Patientin ist sehr nervös und ihre Angaben verlieren von Zeit zu Zeit sehr.

Ich behandelte ihren Retronasalkatarrh, worauf die Kopfschmerzen verschwanden. Aber der Ausfluss tritt immer noch in unregelmässigen Zwischenräumen auf und angeblich immer nach einer Erkältung. Jedesmal aber, wenn ich sie während solcher Attacken sah, fehlten alle Anzeichen für eine akute Koryza oder degl. Nachts schläft Patientin jetzt ruhig, aber des Morgens kommt immer der Ausfluss. Sie brachte mir eine Probe des letzteren, die aber mit Unreinlichkeiten vermischt war, so dass man sie nicht untersuchen konnte. Es unterliegt aber keinem Zweifel, dass wir es hier mit einem allerdings etwas atypischem Fall von Hydrorrhoea nasalis zu tun haben.

Ich erinnere mich eines Falles, der vor Jahren in meine Behandlung kam. Diese Patientin entleerte täglich Wochen lang 120 Gramm einer schleimigen, zähen Flüssigkeit aus der Nase.

Die zweite Patientin hier ist eine Dame von 55 Jahren, die vor 5 Jahren in meine Behandlung kam. Ausser einem schuppendem Ekzem, das sie sehr belästigte, hatte sie einen wässerigen Ausfluss aus der linken Nase, der manches Mal einen halben Tag anhielt. Sie hatte sich schon einen Zahn extrahieren lassen, aber natürlich ohne jeden Erfolg. Ich brauche kaum zu erwähnen, dass auch diese Pat. äusserst nervöser Natur ist, so dass, als ich z. B. einmal ein Spezimen der Flüssigkeit haben wollte, der Ausfluss plötzlich sistierte, um erst nach einiger Zeit wiederzukehren. Dieser Fall zeigt Ihnen aber das ausgesprochene Bild einer wie gewöhnlich auftretenden einseitigen nasalen Hydrorrhoe. So blieb es denn auch Jahre lang mit dem Ausfluss, bis vor etwa 15 Monaten ein eitriger Ausfluss aus der anderen, also rechten Nase sich einstellte. Ich sah Pat. erst wieder im April d. J. und fand ein Empyem des rechten Sinus frontalis vor. Die Symptome liessen sich nicht durch intranasale Manipulationen beseitigen, so dass am 7. Mai die Radikaloperation nach Killian gemacht werden musste. Die Höhle war eine ungemein grosse, und im äussersten Orbitalwinkel fanden wir ganz versteckt noch eine fast ganz geschlossene, aber stark mit Eiter gefüllte Zelle, die allein schon eine genügende Indikation für die radikale Operation gewesen wäre. Die Wunde heilte in glatter Weise, so dass jetzt nur noch eine kaum sichtbare Entstellung bemerkbar ist. Kosmetisch ist das Resultat ein ideales und dasselbe kann von der Heilung des Empyems gesagt werden. Das Bemerkenswerte an diesem Falle ist aber, dass sofort nach der Operation am rechten Sinus frontalis die Hydrorrhoea auf der anderen Seite vollständig sistierte. Dieselbe hat sich auch bis heute nicht wieder gezeigt, und das sind jetzt 7 Monate nach der Operation. Ob ein Zusammenhang zwischen dem wässerigen Ausfluss auf der einen Seite und dem Empyem der anderen bestand, das wage ich nicht zu entscheiden. Jedenfalls aber war dies ein ausgesprochener Fall von Hydrorrhoea nasalis. Hierbei möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass seit etwa 2 Monaten eine Sekretion im Rachen, die sozusagen ohne jeden Grund da ist, besteht. Sollte diese etwa auch rein nervösen Ursprungs sein?

In diesem Zusammenhange gestatten Sie mir wohl eines anderen Falles zu erwähnen, den ich vor 8 Jahren hier vorzustellen Gelegenheit hatte. Der Fall ist ausführlich in Virchow's Archiv veröffentlicht (161. Band, 1900). Ich möchte nur heute über den weiteren Verlauf des Falles hier berichten. Sie erinnern sich vielleicht, dass es sich um eine 50jährige Frau handelte, die an beständigem Abträufeln aus der Nase litt. Gerade ein Jahr, bevor das Träufeln begann, hatte sie Schmerzen auf der Stirn über der Nase. Diese Schmerzen hatte sie Tag und Nacht, und sie wurden so

fürchterlich, dass sie glaubte, ihren Verstand verlieren zu müssen. Sie bemerkte bei solchen Gelegenheiten zu ihrer Tochter: „Wenn ich etwas Unrechtes tue, so macht mich nicht dafür verantwortlich." Zu der Zeit konnte sie weder einen Stuhl heben oder fortschieben, noch von einer Stelle ihres Bettes auf die andere sich bewegen. Sie hatte gar keinen Trieb, irgend etwas zu tun, und kümmerte sich um nichts. Dieser Zustand dauerte neun Wochen lang.

Sowie das Träufeln sich einstellte, fühlte Pat. sich ausserordentlich viel leichter. Auch das Gehör verbesserte sich. Ihren Geruchssinn hatte sie verloren, bevor der Abfluss einsetzte.

Die Nase träufelte beständig den ganzen Sommer, und Pat. fühlte sich ziemlich behaglich während der ganzen Zeit bis zum 8. Dezember 1899, wo sie einen „schrecklichen" Husten und Fieber hatte; seit dieser Zeit träufelte es weniger von der Nase, um bald vollständig zu sistieren, und zu gleicher Zeit kamen auch ihre alten Beschwerden wieder. Sie arbeitete nicht mehr, bekam wieder Kopfschmerzen und wurde im allgemeinen etwas stumpf. Ihr Schlaf war ausserordentlich unruhig. Sie sprach während der ganzen Nacht, sprang im Bett umher und hatte „nervöse Zuckungen". Diesmal war jedoch ihr Zustand keineswegs so schlimm, wie im Jahr 1897. Der Abfluss kam bald wieder, und damit verschwanden auch alle die übrigen Beschwerden. Sie ist jetzt noch zuweilen ein klein wenig stumpf und ohne irgend welche Energie, doch im Allgemeinen ist sie aussergewöhnlich tätig.

Folgender Status präsens wurde damals aufgenommen:

Frau B. kam zuerst zu mir am 10. Juni 1899, und ihre Hauptbeschwerden bestanden in Klagen über das konstante Abträufeln aus der Nase. Sie braucht mehr als 20 Taschentücher täglich und wird durch das beständige Abträufeln natürlich ausserordentlich gestört. Wir sehen ein konstantes Abträufeln einer wässerigen Flüssigkeit aus der linken Nase, das Tag und Nacht anhält. Es vermehrt sich, wenn die Patientin ihren Kopf nach vorwärts beugt. Wenn sie auf der Seite liegt, dann läuft es manchmal, als wenn man einen Krahn angedreht hätte, und es macht keinen Unterschied, auf welcher Seite sie liegt. Dasselbe ist der Fall, wenn sie auf dem Bauch liegt. Des Morgens, wenn sie erwacht, findet sie gewöhnlich ihre Kissen vollständig durchnässt. Nur wenn sie auf dem Rücken liegt, läuft es nicht ab, und sie fühlt sich leichter. Tatsache ist aber, dass sie dann husten muss, und dass die Flüssigkeit einfach in den Hals hinunter läuft und den Husten verursacht. Wenn ich sie nach der Killian'schen Methode untersuchte, konnte ich, während sie vor mir stand und den Kopf nach vorne beugte, leicht sehen, wie die Flüssigkeit sich oben zwischen der mittleren Muschel und dem Septum sammelte und von dort in das Vestibulum hinunterfloss. Wenn sie sich hinsetzte und ihren Kopf ein klein wenig nach hinten beugte, konnte ich bei Besichtigung des Pharynx beobachten, wie sich allmählich an der Uvula ein Tropfen dieser wässrigen Flüssigkeit bildete, der dann in die tieferen Teile hinunter fiel. Weiter oben konnte ich retronasal den Tropfen nicht verfolgen, da alles mit Flüssigkeit imprägniert war. In der linken Nase war nichts Abnormes zu finden, keine Exkoriationen im Vestibulum oder auf der Oberlippe, aber die ganze Nasenhöhle war augenscheinlich gleichfalls mit Flüssigkeit saturiert. Andererseits war die rechte Nase auffallend trocken, und zuweilen fand ich sogar Krusten darin.

Als ich Gelegenheit hatte die Patientin vor Kurzem zu sehen, fand ich sie vorteilhaft verändert. Sie sah blühend und gesund aus, und fühlte sich ausserordentlich wohl. „My brain hasn't come out yet. If I could hear I would be all right," sagte sie. Es tröpfelt noch immer von der Nase, aber in viel geringerem Masse als früher. Zuweilen hört das auch jetzt noch auf, aber nie lange genug um ihr Beschwerden zu verursachen. Kopfschmerzen oder zerebrale

Erscheinungen haben sich nicht wieder eingestellt.

Obwohl diese Fälle nicht eigentlich zusammen gehören, stellte ich sie doch hier zusammen, da dies häufig von Anderen geschieht, und besonders da sie jetzt fast gleichzeitig in meiner Praxis auftraten. Sie sehen aber, dass eine grosse Verschiedenheit besteht, und dass wir therapeutisch absolut nichts gegen diese Affektionen ausrichten können.

Internationale Aufgaben der Universität.

Rede zur Gedächtnisfeier des Stifters der Berliner Universität, König Friedrich Wilhelm III. in der Aula am 3. August 1906, gehalten von Professor Hermann Diels.

Der Inhalt der Rede bezieht sich auf den Professoren-Austausch zwischen Berlin und Amerika und auf die hiermit zusammenhängende Sprachenfrage. Wir lernen aus der geschichtlichen Einleitung, dass die Zahl der Immatrikulierten im ersten Wintersemester, nämlich 1809—1810, 256 betrug; darunter waren 20 Ausländer; im Wintersemester 1905—1906 fast 8000, darunter 1069 Ausländer, unter letzteren 176 Amerikaner. Deutschland und Amerika seien die beiden Staaten des europäischen Kulturkreises, die in dem letzten Jahrhundert sich am raschesten und überraschendsten entfaltet haben (von England sagt der Redner nichts); es sei daher begreiflich, dass die besseren Elemente dieser beiden Völker sich zu einander hingezogen fühlen und von einander zu lernen suchen. Die Regierungen beider Länder und ihre obersten Lenker nähmen an dem „Professoren-Austausch" lebhaften Anteil und weitblickende Vertreter des wohlhabenden Bürgerstandes hüben und drüben haben ihr Interesse an dieser geistigen Verbrüderung der beiden Völker bekundet. Dies klingt etwas befremdend in Amerika, richtiger würde wohl sein zu sagen, die deutsche Regierung oder vielmehr der deutsche Kaiser, dem aus politischen Gründen viel an der Freundschaft mit Amerika gelegen zu sein scheint, ist auf die Idee des Professoren-Austauschs gekommen. Die obersten Lenker in Amerika sind die Bürger selbst, und „Vertreter des wohlhabenden Bürgerstandes" soll sich wohl auf amerikanische Millionäre beziehen, von denen der Redner sagt, dass sie bedeutende Stiftungen zum Zwecke des Professoren-Austauschs gemacht haben. Es gibt doch bei uns keinen Bürgerstand zum Unterschied vom Adel wie in Deutschland. Der Redner glaubt, dass der Versuch des vorigen Winters sich in den nächsten Jahren in vergrössertem Massstab wiederholen wird. Gewiss ist, dass die deutsche Regierung alle Anstrengungen macht, möglichst viele Professoren zum Austausch nach Amerika zu schicken. Wir erfahren, wie entgegenkommend sie den Ausländern gegenüber ist: „Vor kurzem ist auf Antrag der philosophischen Fakultät durch das Entgegenkommen des vorgeordneten Ministeriums ein Lektorat für Deutsch an unserer Universität gegründet worden, das bestimmt ist, die hierher kommenden Ausländer rasch und sicher mit deutscher Sprache und Art vertraut zu machen." Das dürfte des Guten zu viel sein; deutsche Sprache und Art werden die Ausländer am einfachsten im täglichen Verkehr mit Deutschen in Deutschland lernen.

Diels, der Professor der Philologie ist, kommt auf die Hauptschwierigkeit, die den Austauschgedanken ernstlich bedroht und die gegenseitige Verständigung in weiterem Umfange unmöglich zu

machen scheint, auf die Verschiedenheit der Sprache zu sprechen und widmet diesem Problem eingehende Betrachtung.

Als sich Peabody, einer der ersten Austauschprofessoren, in der Aula der Berliner Universität verabschiedete, berührte er diese Schwierigkeit und sprach sich mit grosser Entschiedenheit dahin aus, dass sich der Professor nur in seiner Muttersprache vollkommen verständlich machen könne. Diesem Ausspruch wäre doch wohl zuzufügen — wenn er keine andere Sprache genügend beherrscht. Hat er nie von Virchow gehört, dass dieser glänzende Vorträge auf Englisch, Französisch und Italienisch gehalten? Peabody hat eine schwache Sache, seine Unfähigkeit anders als Englisch zu sprechen, zu vertheidigen und muss, wie das in solchen Fällen gewöhnlich ist, sehr viele Worte machen; ich kann aber nur einen sehr kleinen Teil von dem, was er gesagt, hier anführen, das Ganze ist zu umfangreich. „Es wird behauptet", sagt er u. a., „dass, um gute Resultate zu erzielen, der Austausch der Lehrer begleitet sein sollte von einem Austausch der Sprachen, sodass der deutsche Professor in Amerika Englisch vortrage, und der amerikanische in Berlin Deutsch; und ohne Zweifel würde dieses linguistische Tauschsystem in beiden Ländern die Zahl der Hörer im Augenblick vermehren und den sofortigen Wirkungskreis des Vorlesers erweitern. Ich kann jedoch nicht glauben, dass es im grossen und ganzen praktisch oder auch nur wünschenswert wäre, zum Gebrauche einer fremden Zunge überzugehen. Es würden sich ja gewiss von Zeit zu Zeit Gelehrte hüben wie drüben finden, die ihre Gedanken fliessend übersetzen könnten, aber abgesehen von sehr seltenen Fällen würden es übersetzte Gedanken bleiben; von der Unmittelbarkeit und Präzision des Ausdrucks in der Muttersprache würde ihnen ein Teil abgehen." Er zitiert einen Juristen, den er nicht mit Namen nennt, der ähnlichen Unsinn gesprochen haben soll, und je weiter er sich über den Gegenstand verbreitet, desto unlogischer wird er. In jeder Weltstadt wie in Berlin oder New York kann man ohne besondere Anstrengung in irgend einer fremden Sprache denken lernen, wenn man Schliemann's Beispiel und Macaulay's Rat befolgt, nämlich allen Schulen, Lehrern und Büchern fern im täglichen Verkehr unter Alltagsmenschen durch das Gehör die fremde Sprache erlernt. Die Erlernung mittelst Uebersetzens aus Büchern, ehe man mittelst Gehör die Sprache erlernt, ist ein Hindernis, in einer fremden Sprache denken zu lernen. Dies kann jeder bestätigen, der auf natürliche Weise in einer fremden Sprache denken gelernt hat. Es ist bei unserem kosmopolitischen Verkehr namentlich auch in Bezug auf Wissenschaft und wissenschaftliche Literatur doch selbstverständlich, dass jeder Universitätsprofessor überhaupt in deutsch, französisch und englisch zu denken gelernt haben sollte; gewiss ist derjenige, der dies nicht gelernt hat, in vieler Hinsicht ein sehr beschränkter Professor.

Die merkwürdigen Bemerkungen Peabody's erinnern an den amerikanischen Reverend, der Gott dankte, dass er keine andere Sprache verstände als die englische.

Glücklicherweise will man von Peabody's Vorschlag nichts wissen, man tauscht solche Dozenten aus, die im stande sind, sich in der fremden Sprache gewandt und verständlich auszudrücken.

Vielerlei Interessantes führt der Redner an, indem er auf die Frage zu sprechen kommt, wie man der babylonischen Sprachverwirrung Herr werden könne, aber eine Lösung gibt er nicht. Ich entnehme seinem gediegenen und schönen Vortrage nur das Wesentlichste. Die Einheit der europäischen Kultur, die durch das Latein im Mittelalter und in der Renaissance hergestellt wurde, ist durch die immer kräftiger und zahlreicher entwickelten Idiome zerrissen worden. Es ist bezeichnend, dass bei einer Umfrage, die kürzlich ein französischer Gelehrter, Jean René Aubert, zu Gunsten der internationalen Verwen-

dung des Lateins an etwa hundert Kollegen in verschiedenen Ländern gerichtet hat, selbst die Vertreter der klassischen Philologie fast durchweg gegen das Latein votiert haben. Die geistige Welt Europas im 18. Jahrhundert war durch die französische Sprache und Kultur geeinigt, die offizielle Sprache der Berliner Akademie war zu jener Zeit die ihres Königs, die Sprache Voltaire's. Noch im Jahre 1807 erschien der letzte Band der Abhandlungen der Berliner Akademie in französischer Sprache. Das Monopol der französischen Universalsprache ist aber seitdem gebrochen. Statt dessen hat sich gerade in Frankreich in den letzten Jahren eine sehr rührige Agitation entfaltet, die darauf ausgeht, die neueste von Dr. Samenhof in Warschau erfundene Sprache Esperanto zur Weltsprache zu machen. Solcher Kunstsprachen sind unzählige in steigender Progression in den verflossenen Jahrhunderten ans Licht getreten, neben dem Volapük, das vor einem Menschenalter die Welt aufregte, mehrere Dutzend Weltsprachen in neuester Zeit. Diels zählt auf: Pasilingua, Veltpart, Veltspik, Velt Deutsch, World English, Zentraldialekt, Lingue mondu, Mondolingua, Lingue universal, Idiom neutral, Langue bleue, Kompromiss - Sprache, Zahlensprache, Mezzofanti, Communia, Kosmos, und das sind nicht einmal alle. Ostwald hat bei seinem Aufenthalt in Amerika eine, wie es scheint, von grossem Erfolg begleitete Propaganda für die Idee der neuen Weltsprache Esperanto entwickelt.

Meine Ansicht über diese neuen Weltsprachen habe ich ausführlich in meinem Buche „Christian Greece and Living Greek", das auch in deutscher sowie griechischer Uebersetzung erschienen ist, niedergelegt und es gereicht mir zur grossen Genugtuung, dass sie ganz genau mit der von Diels ausgesprochenen übereinstimmt. Diels sagt, so wenig neue Staatenbildungen, neue Rechtsordnungen oder neue Religionen heutzutage dem Genie eines einzelnen entspringen können, so kann nicht plötzlich eine neue Sprache entstehen, oder wenn sie über Nacht entsteht, so welkt sie auch über Nacht dahin. Ich hatte angeführt, dass man einen neuen Baustil so wenig auf Bestellung liefern könne wie eine neue Sprache, weil Baustil sowohl wie Sprache der Geschichte, der Kultur, dem Leben und Treiben eines grossen Zeitabschnittes eines Volkes entspringen, und hatte dies durch ein Beispiel erläutert. Das ungeschickt erfundene und geschickt verbreitete Volapük ist plötzlich zusammengebrochen, als der Erfinder das Schisma seiner Anhänger nicht mehr unterdrücken konnte. So wird, fährt Diels fort, das lautlich wohlklingende Esperanto bald verschwinden, wenn seine Anhänger sehen, dass sich die hochgehenden Erwartungen auf baldige allgemeine Annahme nicht verwirklichen. Er gibt dann Proben, um die Homunculusnatur dieser Kunstsprache zu zeigen.

So weit kann man mit des Redners Ansichten und Darlegung der Verhältnisse in Bezug auf das Sprachproblem einverstanden sein. Es gibt keine Weltsprache mehr und die internationale Aufgabe der Universität beschränkt sich nach Diels' Rede darauf, Kaiser Wilhelm's Verlangen entsprechend durch Professorenaustausch zwischen Berlin und Amerika internationale Freundschaft zu pflegen.

Nun aber gibt es eine sehr wichtige, praktische und leicht durchzuführende internationale Aufgabe der Universität, von der Professor Diels kein Wort erwähnt, die den alten Herren, die man in Paris Erzbischöfe nennt, die man auch Oberrabbiner nennen könnte, alte Herren einer vergangenen Periode, welche selten dem Fortschritt huldigen, meistens aber ihn aufzuhalten, nicht genehm ist. Ich meine die Reform unserer Onomatologie. Diels, der Philologe, nennt es „Terminologie" und dieses eine hermaphrodite Wort beweist, dass er selbst gar nicht daran gedacht hat, wie korrupt die heutige Nomenklatur der Gelehrten ist, ja dass das gelehrte Kauderwälsch schon

seit einem Jahrhundert beklagt wird. Dem unhaltbaren Zustande des entsetzlichen Jargons, das unter Gelehrten üblich, kann mit einem Schlage und auf die einfachste, sicherste Weise ein Ende bereitet werden, und diese internationale Aufgabe der Universität geht die Philologen an, denn ihnen allein haben wir das gelehrte, besonders das ärztliche Jargon zu danken, sie haben uns glauben machen wollen, dass Griechisch eine tote Sprache, dass das heute gesprochene und geschriebene Griechisch eine korrupte Sprache vermischt mit fremden Elementen sei, grosse Gelehrte unter ihnen haben dies behauptet, ohne die heute gesprochene griechische Sprache zu kennen. Die ganze Korruption in unserer Nomenklatur beruht darauf, dass man neue Worte mit Hülfe des griechischen Lexikons bildet, ohne griechisch sprechen, griechisch denken zu können, ohne das griechische Sprachgefühl zu besitzen. Gerade so wie nur ein Deutscher, oder ein solcher der Deutsch wie ein Deutscher sprechen kann, das deutsche Sprachgefühl hat, gerade so kann nur ein Grieche selbst das griechische Sprachgefühl haben, das ihn befähigt oder berechtigt, eine sprachliche griechische Neubildung vorzuschlagen; eingeführt kann eine griechische Neubildung in die wissenschaftliche Onomatologie erst werden, wenn sie von vielen kompetenten Griechen gebilligt oder angenommen worden.

Die deutschen Philologen im allgemeinen kennen nur ein Bruchstück der griechischen Sprache, nur den Teil derselben, der schriftlich überliefert worden, zum wissenschaftlichen Studium einer Sprache gehört aber, dass man die mündliche und die schriftliche Ueberlieferung derselben berücksichtigt.

Die Logik der Wissenschaft hängt wesentlich mit wissenschaftlicher Sprache zusammen. Eine Vollkommenheit in der Wissenschaft ist nicht möglich ohne Vollkommenheit in der Sprache, falsche Eindrücke werden überliefert, so lange die Ausdrücke, durch die sie überliefert werden, nicht genau sind.

Die internationale Aufgabe der Universität ist, besonders was die Medizin angeht, eine wissenschaftliche Onomatologie zu geben, und dass dies mit Hülfe der Professoren an der Universität von Athen geschehen kann, habe ich in zahlreichen Schriften nachgewiesen.

A. Rose.

New York, 11. Oktober 1906.

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

Th. Brühl: **Ueber Anwendung von Inhalationen in der Phthiseotherapie.**

B. fasst seine Ansicht über die der Inhalationstherapie innerhalb der modernen Heilanstaltsbehandlung zukommende Stellung in folgender Weise zusammen: 1. Die Inhalationstherapie ist nicht im Stande, die Tuberkulose der Lunge direkt lokal zu beeinflussen, ihre Anwendung in dieser Absicht birgt sogar nicht zu unterschätzende Gefahren für die erkrankte Lunge und ist daher als unrationell zu bekämpfen. 2. Bei der Behandlung der oberen Luftwege (inkl. von Katarrhen der grossen Bronchien) ist die Inhalationstherapie, im richtigen Zeitpunkt und mit richtiger Indikationsstellung angewandt, zweifellos ein wertvolles Unterstützungsmittel der übrigen lokal- und allgemeintherapeutischen Massnahmen. (Beitr. zur Klinik der Tuberkulose, Bd. V, H. 3.)

W. Weinberg: **Die Beziehungen zwischen der Tuberkulose und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.**

Die Beziehungen zwischen der Tuberkulose und Schwangerschaft und den ihr folgenden Vorgängen bei der Fortpflanzungstätigkeit der Frau äus-

sern sich sowohl in einem Einfluss der Tuberkulose auf den Verlauf der Schwangerschaft und das Schicksal der Kinder als auch umgekehrt in einer Einwirkung der Schwangerschaft und der ihr folgenden Zustände auf den Verlauf und die Entstehung der Tuberkulose. Bei Tuberkulose wird die Schwangerschaft häufig durch Abort und besonders durch Frühgeburt unterbrochen, insbesondere bei vorgeschrittenen Fällen. Die Kinder hochgradig tuberkulöser Frauen sind häufig totgeboren oder sterben in der überwiegenden Mehrzahl im ersten Lebensjahr. Daran ist teilweise ihre Unreife, aber auch die Infektion durch die Mutter und die häufige künstliche Ernährung schuld. Der ungünstige Einfluss der Schwangerschaft auf Verlauf und Entstehung der Tuberkulose wird auf Grund der einseitigen klinischen Erfahrungen überschätzt. Die Prognose des Verlaufs hängt wesentlich von der Art des untersuchten Materials ab. Die bevölkerungsstatistische Untersuchungsmethode ist auch auf diesem Gebiet notwendig zur Ergänzung des klinischen.

Im ersten Jahr nach einer ehelichen Geburt ist nach Ausschaltung des Einflusses von Alter und sozialen Verhältnissen die Sterblichkeit an Tuberkulose kaum grösser als bei den verheirateten Frauen überhaupt. In den vier ersten Wochen des Wochenbettes ist die Tuberkulosesterblichkeit sehr erheblich, aber grossenteils nur infolge der häufigen Frühgeburten vor dem letalen Ausgang. Bei Zusammenfassung von vorgerückter Schwangerschaft und Frühwochenbett ergibt sich für diese kritische Zeit eine relative Untersterblichkeit an Tuberkulose. Infolge der Frühgeburt sterben nur relativ wenige Frauen unentbunden in vorgerückter Zeit der Schwangerschaft. Durch den häufigen Abort wird schon ein Teil der schwersten Fälle ausgeschieden. Die in vorgerückter Schwangerschaft befindlichen Frauen stellen bei Ausschaltung der sozialen Verhältnisse eine gesundheitlich günstige Auslese dar, noch mehr die Gebärenden mit reifem Kind. Der Verlauf der Tuberkulose in der Schwangerschaft ist nicht immer ungünstig, sondern hauptsächlich bei vorgeschrittener Tuberkulose. Ebenso entsteht die Tuberkulose nicht auffallend häufig in der Schwangerschaft. Die familiäre Belastung bewirkt häufige Entstehung von Tuberkulose in der Schwangerschaft. Es ist nicht genügend sicher nachgewiesen, dass die Tuberkulose im Wochenbett wesentlich häufiger ungünstig verläuft als ausserhalb dieser Zeiten; ebenso sind Lungenblutungen innerhalb dieser Zeiten keineswegs auffallend häufig.

In leichten Fällen von Tuberkulose darf der Einfluss von Schwangerschaft und Wochenbett nicht überschätzt werden. Ungünstigen sozialen Verhältnissen kommt ein grosser Einfluss auf Entstehung und Verlauf der Tuberkulose in Schwangerschaft und Wochenbett zu. Die Tuberkulose ist auch in der Schwangerschaft als soziale Krankheit zu behandeln. Dem künstlichen Abort kommt der Vorzug vor der künstlichen Frühgeburt zu, aber auch seine Indikation ist möglichst einzuschränken. Der klimatisch-diätetischen Behandlung muss ein breiterer Spielraum auch auf diesem Gebiet eingeräumt und auf möglichst zeitige Diagnose der Tuberkulose von Schwangeren und Wöchnerinnen hingewirkt werden. Das Eheverbot für schwächliche und tuberkulöse Mädchen ist unter allen Umständen aufrecht zu erhalten. (Ibidem.)

W. Weinberg: **Lungenschwindsucht beider Ehegatten. Ein Beitrag zur Lehre von der Tuberkulose in der Ehe.**

Die bisherigen statistischen Untersuchungen über die Tuberkulose beider Ehegatten konnten ein einwandfreies und widerspruchloses Resultat nicht liefern, da sie auf mangelhafter Methode beruhen und insbesondere die Möglichkeit von Vergleichen, in denen das Wesen der Statistik beruht, nicht gewähren. Eine Untersuchung lohnt sich nur da, wo die Möglichkeit von Vergleichen gegeben ist. Dabei ist der Einfluss des Alters, der Beobachtungsdauer und wenn möglich der sozialen Verhältnisse genügend zu berücksichtigen. Der Einfluss der sozialen Ver-

hältnisse ging auch aus den bisherigen Arbeiten deutlich hervor. Ein Vergleich der Sterblichkeit an Schwindsucht bei den überlebenden Ehegatten Schwindsüchtiger mit den allgemeinen Sterblichkeitsziffern der Bevölkerung an Schwindsucht ergibt unter den angegebenen Bedingungen, dass die überlebenden Ehegatten Schwindsüchtiger eine doppelt so hohe Schwindsuchtssterblichkeit haben wie die Gesamtbevölkerung. Diese Uebersterblichkeit nimmt mit der zeitlichen Entfernung vom Tode des ersten Ehegatten ab und ist bei den Ehefrauen Schwindsüchtiger relativ grösser als bei den Ehemännern. Beim direkten Vergleich mit den Ehefrauen der Schwindsüchtigen ergibt sich die Sterblichkeit an Tuberkulose bei den Ehemännern der Schwindsüchtigen als erheblich grösser. Nicht alle Fälle von Tuberkulose beider Ehegatten können auf direkte Ansteckung von Person zu Person zurückgeführt werden, nur etwa ein Drittel oder ein Viertel der Fälle kommt hierfür in Betracht. Ein nicht zu unterschätzender Teil der gefundenen Uebersterblichkeit an Tuberkulose namentlich bei den Ehefrauen Schwindsüchtiger, ist auf indirekte Ursachen zurückzuführen. Unter diesen spielte das enge Zusammenwohnen der niederen sozialen Schichten und die Verhältnisse der Pflege die Hauptrolle. Dementsprechend weisen die Ehefrauen Schwindsüchtiger in diesen Schichten eine stärkere relative Uebersterblichkeit gegenüber den Ehemännern auf als bei den bemittelten Klassen. (Ibidem, Bd. V, H. 4.)

Zickgraf: **Ueber die therapeutische Verwendung des kieselsauren Natriums und über die Beteiligung der Kieselsäure an der Bildung von Lungensteinen.**

Im Jahre 1901 hat Professor Kobert das kieselsaure Natrium neben verschiedenen anderen Indikationen in die Therapie der Lungentuberkulose eingeführt. Die theoretische Erwägung, die ihn leitete, ging von dem Gesichtspunkt aus, die fibrinösen Bindegewebswucherungen um die tuberkulösen Herde durch den Einfluss eines eingeführten Stoffes zu einer dauerhaften Narbenbildung zu bringen. Z. hat nun an Kranken die Einwirkung des eingenommenen kieselsauren Natriums beobachtet. Als Präparat benutzte er zu seinen ersten 5 Fällen das von Rohden hergestellte Lippspringer Kieselsäurewasser, in den übrigen 17 Fällen das von Merck-Darmstadt bezogene Natrium silicicum purissimum. Das Resultat der Beobachtungen ist folgendes: Das kieselsaure Natrium macht bei der innerlichen Anwendung keinerlei Beschwerden. Ein deutlicher Einfluss ist bei gleichzeitiger hygienisch-diätetischer Kur nicht zu verspüren. Es wird vom Körper resorbiert und erscheint im Harn als deutliche Vermehrung der normal vorhandener Kieselsäure. Auf dem Wege durch das Blut übt es eine geringe leukozytaktische Wirkung aus. Seine Anteilnahme an der Petrefaktion tuberkulöser Gewebe ist sehr beträchtlich. Diese Tatsachen sind nach Z. genügend, um eine ausgedehnte weitere Anwendung als narbenbildungsbeförderndes Mittel bei Tuberkulösen zu rechtfertigen. (Ibidem.)

Karl Simrock: **Zuckerbestimmung im Harn mittelst einer Modifikation der Trommer'schen Probe.**

S. berichtet über eine neue Methode der Zuckerbestimmung, die in der medizinischen Klinik zu Bonn unter dem Namen Hein'sche Lösung an Stelle der früher üblichen Proben auf Traubenzucker getreten ist. Die Hein'sche Lösung hat folgende Zusammensetzung:

Rp. Cupr. sulf 2,0
Aqu. dest.
Glycerin, aa 15,0
5 proz. Kalilauge...150,0

Die Vorzüge dieser modifizierten Tromme'r'schen Probe sind: Dem praktischen Arzt ist ein äusserst haltbares, fertiges Reagens gegeben, welches tiefblau, durchsichtig ist, beim Kochen sich nicht verändert und bei Anwesenheit von Zucker eine scharfe Reaktion gibt. Man muss die Lösung kochen, nicht nur erhitzen wie bei der Trommer'schen Probe. Zur Probe sind nur 10—15 Tropfen Urin nötig. Was die Schärfe der Reaktion betrifft, so hat S. noch mit Sicherheit bei 15

Tropfen einer 0,05 Proz. Zuckerlösung die Reaktion erhalten. Die Lösung färbt sich im positiven Ausfall durch Bildung von Kupferoxydul rot bis rotbraun. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 18.)

Fritz König: **Bleibende Rückenmarkslähmung nach Lumbalanästhesie.**

Es handelte sich um einen 35jährigen Menschen, der sich die Kniescheibe gebrochen hatte und an welchem K. im städtischen Krankenhaus zu Altona am 7. Tage nach dem Unfall unter Lumbalanästhesie die Naht der Kniescheibe ausführte. Die Hohlnadel wurde im Spatium zwischen 3. und 4. Lendenwirbel eingestochen, wobei Patient Schmerz äusserste. Erst als Liquor, welcher leicht rosa gefärbt war, in Tropfen aus der Nadel herauskam, injizierte K. das Anästhetikum und zwar Stovain Riedel. In üblicher Weise trat dann eine innerhalb ¼ Stunde vollständige Anästhesie bis zur Unterbauchgegend ein, die Patellarnaht wurde ausgeführt, Patient ins Bett gebracht. Die erloschenen Funktionen etwa vom Nabel abwärts kehrten nicht wieder zurück und Patient starb ca. drei Monate später unter den gewöhnlichen Folgeerscheinungen, Cystitis, Dekubitus. Bei der 19 Stunden post mortem vorgenommenen Obduktion zeigte sich die Oberfläche des Rückenmarkes, etwa vom 9. Wirbel abwärts an der Dura adhärent, in den Lumbalteilen war ein Raum geblieben, in welchem sich keine abnorme Flüssigkeit fand. Das Rückenmark selbst, in den oberen Teilen fest, normal, bot in der oberen Brust und im Lendenteil stärker das Bild der Erweichung, sodass es unten eiterähnlich vom Querschnitt floss.

Um eine Infektion konnte es sich nicht gehandelt haben, zumal auch da die am 7. resp. 12. Tage nach der Operation durch Punktion gewonnene Lumbalflüssigkeit sich vollkommen steril erwiess. K. ist vielmehr der Ansicht, dass die vom Augenblick der Injektionswirkung auftretende Querschnittsläsion nur toxisch zu erklären sei, und zwar hat die Rosafärbung des bei dem Einstich aus dem Kanal tröpfelnden Liquor den Gedanken nahegelegt, ob vielleicht infolge des Unfalls doch das Rückenmark schon irgend eine geringe Läsion erlitten habe, welche einen günstigen Boden für die Giftwirkung des Stovains abgab. K. will daher von jetzt an nie mehr bei der entferntesten Möglichkeit einer Rückenmarksläsion Lumbalanästhesie anwenden. (Warum überhaupt in diesem Falle, bei einem 35jährigen Menschen, die Lumbalanästhesie und nicht Inhalationsanästhesie angewandt wurde, gibt Verf. nicht an.)

Paul Roeder: **Zwei Fälle von linksseitiger Abduzenslähmung nach Rückenmarksanästhesie.**

In beiden Fällen handelte es sich um Personen, welche früher stets gesund und frei von nervösen Symptomen gewesen waren und welche ungefähr 12 Tage nach einer Operation, bei welcher Lumbalanästhesie in Anwendung gezogen worden war, eine Lähmung des linken M. abducens bekamen. In dem einen Falle verschwand die Lähmung innerhalb zweier Wochen vollständig, bei dem anderen Falle nahm die Heilung etwas längere Zeit in Anspruch. Irgend welche Allgemeinerkrankungen, die eventuell eine Ursache für die Lähmung hätten abgeben können, wie Lues, Diabetes, multiple Sklerose oder ähnliches, waren nicht vorhanden, wornach nach R. nichts anderes übrig bleibt, als den Grund für die Lähmung in dem beiden Fällen gemeinsamen Momente zu suchen, d. i. die Lumbalanästhesie mit Stovain. Ferner scheint R. die Erklärung, es handle sich um eine toxische Wirkung des Stovains, viel ungezwungener als die etwas gesuchte Erklärung, dass die Lumbalpunktion als solche verantwortlich zu machen sei. (Ibidem.)

E. Mendel: **Die Migräne.**

Die Migräne stellt in ihrer typischen Form einen anfallsweise, periodisch auftretenden Schmerz in einer Kopfhälfte dar, welcher bei in den Intervallen völlig gesunden Personen auftritt. Da die wesentliche Ursache der Migräne in der hereditären Anlage zu suchen ist, so darf unsere Hoffnung,

eine Migräne heilen zu können, nicht allzu gross sein. Dennoch lässt sich manches tun, um der Häufigkeit der Anfälle vorzubeugen und sie in ihrer Intensität herabzusetzen. Davon ausgehend, dass der Migränenanfall häufig durch einen Diätfehler hervorgebracht wird, erscheint vor allem anderen eine sorgfältige Regulierung der Diät als eine der wichtigsten Aufgaben der Therapie. In der Regel wird nur der einmalige Genuss von Fleisch täglich (zum Mittagessen) gestattet werden dürfen, während Milch, Obst in den verschiedensten Formen und Gemüse die Hauptsache der Kost zu bilden haben; als Getränke empfehle man Biliner, Giessbübler, Fachinger etc. Alcoholica und das Rauchen sind zu verbieten. Bade- und Brunnenkuren kann M. nicht empfehlen, da besonders die letzteren sogar die Anfälle verstärken können. Kaltwasserkuren pflegen dann, wenn es sich nicht um anämische Personen handelt, von günstigem Einfluss zu sein, auch täglich wiederholte Abreibungen bei einer Temperatur des Wassers von 20° R. erscheinen nützlich. Refraktionsanomalien des Auges, Krankheiten der Nase wie des Sexualapparates sind zu behandeln, wenn ihr Einfluss auf den Verlauf der Migräne wahrscheinlich gemacht ist. In manchen Fällen ist auch eine länger fortgesetzte elektrische Behandlung, sei es mit dem konstanten Strom (sogenannte Galvanisation), sei es mit dem faradischen nicht unzweckmässig.

Von Medikamenten sind Arsenik (Acid. arsenicos. in Pillen von 0,0005 bis 0,001 g, zweimal täglich), Chinin und Eisen (bei Anämie), besonders auch Nitroglyzerin in Tabletten 0,0005 bis 0,001, zweimal täglich, oder in Tropfenform empfohlen worden. M. verordnet mit Nutzen das folgende Rezept:

Natr. salicyl. 0,25
Aconitin. (Gehe) 0,0001
Natr. bromat. 2,5

lässt 20 Tage hintereinander jeden Morgen nach dem ersten Frühstück ein Pulver in einer grossen Tasse Baldrian- oder Orangenblütentee nehmen, dann zehn Tage aussetzen, dann wiederholen u. s. f. In Fällen, in welchen schlechter Schlaf besteht oder die Anfälle schon beim Erwachen früh in voller Heftigkeit da sind, lässt er die Pulver abends beim Zubettegehen nehmen.

Ist der Anfall da, so ist Ruhe das Hauptsächlichste für den Kranken. Man mache das Zimmer dunkel, der Kranke lege sich mit erhöhtem Kopfe hin. Die Zahl der zur Linderung der heftigen Schmerzen empfohlenen Medikamente ist eine sehr grosse. Für manchen genügt der Mentholstift, andere wenden mit Nutzen Phenacetin (0,5) oder Aspirin (1,0) oder Pyramidon (0,4) oder Antipyrin (0,5-1,0) oder Citrophen (0,5) oder Migränin (1,1) oder Lactophenin (0,5) oder Antifebrin (0,5) oder Benacetin und Trephenin (0,5), auch Pasta Guarana (0,1-0,2) oder Coffein (0,05) an. Manche, welche von keinem der genannten Mittel eine Linderung ihrer Schmerzen erfahren, bekommen sie zuweilen durch eine Verbindung mehrerer von ihnen, z. B. Lactophenin 0,5 mit Coffein. citric, 0,2. Ist der Anfall sehr heftig und zieht er sich sehr lange hin, so wird zuweilen nichts übrig bleiben, als dem Kranken eine Morphininjektion (0,015) zu machen. (Deutsche med. Wochenschr., 1906, No. 20.)

Credé: **Prophylaktische Antisepsis.**

C. hat sich immer mehr überzeugt, dass das von ihm vor bald zehn Jahren in die Medizin eingeführte lösliche Silber, Kollargol, den weitreichendsten Ansprüchen an ein überall anwendbares, unschädliches und energisches Antiseptikum genügt. Das Kollargol erscheint deshalb als besonders wertvoll und geeignet, weil es, abgesehen von seiner Ungiftigkeit und absoluten Reizlosigkeit, sich leicht im Serum löst und sofort vom Säftestrom, ohne ätzend zu wirken, aufgenommen und verbreitet wird. Es ist dadurch im Stande, die eingedrungenen Keime sozusagen bis auf eine gewisse Entfernung zu verfolgen und durch seine katalytische Energie die Kampfmittel des Körpers sofort bedeutend zu verstärken. Ueber die technische Handhabung der Kollargolbehandlung teilt C. folgendes mit: Zur prophylaktischen Desinfektion

kommt Kollargol in Betracht erstens als Streupulver und zwar in Form eines Pulvers, das aus 3 Teilen Kollargol und 97 Teilen feinsten, durchgesiebten Milchzuckers besteht. Dasselbe hält sich sehr gut trocken, stäubt leicht, sieht weissgrau aus, färbt sich aber bei Berührung mit nässenden Flächen sofort braun. Es ist absolut schmerz- und reizlos und äusserst billig. Zweitens benützt C. eine 1 proz. Lösung zum Eingiessen in tiefe Wunden, in Höhlen, in die Bauchhöhle, in die Blase in Mengen bis etwa zu 50 g. Drittens verwendet er Kollargoltabletten, welche besonders energisch und dauernd desinfizieren, da sie nur sehr allmählich schmelzen. Sie dienen z. B. zum auflegen auf eine Schusswunde, zum einlegen in die Nischen und Spalten einer komplizierten Fraktur etc. Entweder werden sie nackt oder in steriler oder Silbergaze eingeschlagen angewandt. Mit ihnen bereitet man sich ferner rasch Lösungen jeder Stärke zum Ausspülen, zum Auswaschen, zum Gurgeln, zu Augenaufschlägen, zu feuchten Verbänden und zum Trinken bei Verletzungen oder Geschwüren der Speiseröhre und des Magens, sowie zu Klysmen und intravenösen Injektionen. Ferner kommt Kollargol in den Handel in Form von Stäbchen für Blase, Uterus, Fisteln u. s. w., von kleinen Stiften für zahnärztliche Zwecke, Thränenfisteln, als Suppositorium etc. Kollargol färbt die Zähne absolut nicht, wie es Silbersalze tun, sodass es jahrelang als Mundwasser zu benutzen ist, seine Flecken waschen sich ohne weiteres wieder aus der Wäsche aus. Das Auftreten von Argyrose ist ausgeschlossen. C. ist überzeugt, dass, wer sich erst einmal in die Behandlung mit kolloidalem Silber eingelebt hat, nicht wieder davon abgehen wird, namentlich ihrer Einfachheit wegen und weil er, von spezifischen seltenen Fällen abgesehen, kein einziges anderes Antiseptikum daneben braucht. Auch der Kranke wird diese Behandlung nicht ungern sehen, da sie ungiftig, ganz reizlos und absolut geruchlos ist. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 24.)

Vandeweyer und Wybauw: **Ueber die Wirkung der Stahlwässer auf den Stoffwechsel.**

Die Verff. ziehen auf Grund ihrer Untersuchungen folgende Schlüsse: 1. Die Menge des mit den Fäzes ausgeworfenen N, auf 100 g eingenommenen Stickstoff berechnet, nimmt während des Gebrauches des Mineralwassers beträchtlich ab. Die Resorption des Stickstoffes wird also deutlich vermehrt. 2. Dasselbe wird auch für die Kohlehydrate beobachtet. 3. Für Fette findet aber das Gegenteil statt. Diese werden schlechter resorbiert. 4. Es entsteht unter Einfluss des Stahlwassers eine deutliche Zunahme des Eiweisszerfalles. Auch wird, im Verhältnis zum Gesamtstickstoff, weniger Harnsäure ausgeschieden.

Die Stahlwässer sind also nicht als einfache Eisenpräparate zu betrachten. Sie üben noch eine wichtige Wirkung auf den Stoffwechsel, welche vielleicht erklärlich macht, warum die geringen Eisenmengen eine so deutliche klinische Wirkung entfalten. Auch für die während der Stahlkur vorzuschreibende Diät sind diese Angaben wichtig, indem leicht verdauliche Eiweissstoffe und Kohlehydrate nützlich, Fette dagegen kontraindiziert sind. (Ibidem.)

Oscar Lassar: **Die Verhütung und Bekämpfung der Kahlheit.**

Häufiges Waschen, Seifen und Reiben des Kopfes bildet die beste Vorbeuge gegen vorzeitige Kahlheit. Dazu gehört ferner Fortlassung aller nicht ganz indifferenten Stoffe, aseptische Reinhaltung von Kamm und Bürste (Sublimat, Kali hypermang.), Bearbeitung nur mit eigenem Utensil (inkl. Schere), mittels vorher gesäuberten Händen des bedienenden Personals. Kann man nun den Haarausfall beeinflussen, lassen sich Haarkrankheiten heilen? Heilen lässt sich in erster Linie und sicher die Alopecia areata, die kreisförmige Kahlheit. Die hiegegen von L. empfohlene Teersublimatkur hat sich seit 25 Jahren immer wieder bewährt. Die Kahlheit selbst ist unheilbar. Sie ist das Zeichen für vollzogene Verödung und Vernichtung

des Drüsenapparates. Keine ärztliche Macht kann dagegen etwas ausrichten. Die vermeintliche Beseitigung einer Kahlheit bezieht sich ausnahmslos auf partielle und vorübergehende Haarlosigkeit bei Areata. Wenn wir nun auch gegen die Kahlheit selbst machtlos sind, so erweist sich um so dankbarer die Bekämpfung des Haarausfalls — ehe es zu spät ist. Je früher, um so besser, je länger, um so sicherer ist die Wirkung. Gelingt Sistierung des Ausfalls, so wachsen diejenigen Haare wieder weiter, die nicht vordem zugrunde gegangen waren.

Die Haarkuren sind im ganzen ziemlich einfacher und gleicher Art. Zuerst täglich — später, mit Rückgang des Ausfalls, seltener — erfolge eine Einschäumung mit Seife und heissem Wasser. Hernach laue und kühle Abspülung mit Schlauch, Brause oder Kanne. Wahrscheinlich ist jede Seife verwendbar. Bewährt haben sich Berger'sche Teer-, Schering's flüssige Teer- und Krankenheiler Seifen. Für blondes Frauenhaar eignet sich:

Rp. Kali carbonici 15,0
Natr. carbonici 15,0
Saponis domestici pulv.. 70,0
Aquae Rosarum 100,0

Nach Abtrocknen mit warmen Tüchern, Luftstrom oder elektrischer Vorrichtung wird dann eine Benetzung der Haarwurzeln vorgenommen mit

Rp. Sol. Hydr. bichlorati corros., 0,3-0, 5 :300,0
Eosino color. D. sub. Sign. veneni.

Hierzu kann man auch Sublimatpastilen verwenden, ferner etwas Glyzerin und Rosenwasser hinzusetzen. Gegen das Jucken empfiehlt sich Zusatz von Karbol (2 °/₀₀). Das Sublimatwasser verdunstet. Hierauf Frottierung bis zum Trockenwerden mittels

Rp. Thymol 0,5
Spiritus vini 200,0
oder
β Naphthol 0,5
Alcohol. absol. 200,0

und endlich leichte Bestreichung mit

Rp. Acid. salicyl. 1,0
Tinct. Benzoës 2,0
Ol. provincialis oder
Vaselini american. flav.
ad. 50,0
Adde Ol. Bergamottae
gtt. XV.

Bei hartnäckigen Fällen kann auch mit Nutzen zu Anfang der Prozedur Teerliniment aufgetragen und nach zehn Minuten mit der Seife wieder entfernt werden. Für Areatakuren ist dies sogar geboten. Weiter zu erwähnen ist nächtliche Einfettung mit 10%igem Terpentin-Lanolin oder Gebrauch einer Karbol-Schwefelpomade:

Rp. Acid. carbol. 1,0
Sulf. sublim. 10,0
Ol. Bergamottae ....gtt. XV.
Balsam, peruv. 1,0
Lanolin anhydr. .....ad 50,0
(mit Wasser zu erdünnen).

(Deutsche med. Wochenschr., 1906, No. 27.)

H. Gifford: **Ueber ein neues Augensymptom bei Morbus Basedowii.**

G. macht auf ein Symptom der Basedow'schen Krankheit aufmerksam, das er bei drei Patienten in den letzten Jahren beobachtet hat. Dasselbe besteht in einem unwillkürlichen Widerstand gegen das Umstülpen des oberen Lides. Die Patientinnen waren ganz willig, machten gut auf und schauten gut herunter; doch war es fast unmöglich, das obere Lid umzustülpen, und wenn dies endlich mit Hilfe einer Sonde erreicht worden war, so war es sehr schwer, das Lid in der umgestülpten Lage zu halten. Das Blut wurde hiebei fast ganz aus dem Tarsus ausgepresst. Nach G. ist dieses Schwerumstülpen des oberen Lides ein Frühsymptom der Basedow'schen Krankheit. In alten ausgeprägten Fällen von Morbus Basedowii hat er dieses Symptom jedoch stets vermisst.

Ein anderes, wenig bekanntes Frühsymptom der Basedow'schen Krankheit besteht in einer gewissen Verdickung der Gewebe gerade unterhalb der Augenbrauen. Die Haut erscheint verdickt und solid und zuweilen ein wenig gerötet. Oedem ist es eigentlich nicht. Bei zwei Patientinnen, die G. in den letzten Jahren gesehen hat, war es das

erste Symptom der Krankheit, welches von ihnen bemerkt worden war. (Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, Sept. 1906.)

Klinische und therapeutische Notizen.

— *Zur Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica.* Vor einigen Jahren empfahl Vohryzek die innerliche Darreichung von Pilocarpin gegen Meningitis cerebrospinalis epidemica (Pilocarp. hydrochl. 0.07 : 200.0 stündlich ein Esslöffel). Als die Epidemie letztes Jahr in Oberschlesien ausbrach, machte Menschig mit diesem Mittel einen Versuch. Es wurden fünf Fälle mit Pilocarpin behandelt. Von diesen fünf Fällen starb nur ein 9jähriges Mädchen, bei welchem die Behandlung infolge Ueberführung ins Krankenhaus unterbrochen wurde. Die vier andern sind genesen, und nur bei einem blieb eine leichte Augenmuskellähmung zurück. Dagegen hinterliess die Krankheit in einem anderen Falle, der nicht mit Pilocarpin behandelt worden war, eine schwere Taubheit.

Da es sich um Kinder unter zehn Jahren handelte, gab Menschig nicht die von Vohryzek empfohlenen hohen Dosen, sondern nur 0.03—0.04 : 200.0 Aqua und liess davon 1—2—3 stündlich einen Kinderlöffel geben, bis Schweiss ausbrach. Dann wurde mehrere Stunden gewartet, bis das Kind wieder völlig trocken blieb, und hierauf das Medikament weiter gegeben. In keinem Falle wurde mehr als eine Flasche verbraucht. Kollaps trat nie ein. Bei allzuheftigen Kopfschmerzen wurde noch ab und zu Antipyrin, jedoch nur zu Beginn der Krankheit gegeben. Lumbalpunktion wurde therapeutisch nur in einem Falle angewendet. Bei Temperaturen über 39.5° wurden kühle Einpackungen gemacht. Die Wirkung des Pilocarpins wird auf die Herabsetzung des Hirndruckes in Zusammenhang mit dem starken Schweissausbruch zurückgeführt. („Med. Klinik" Nr. 40, 1905.)

— *Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Salochinins.* Das Salochinin ist der Chininester der Salizylsäure, ein in Wasser unlösliches, aber in Alkohol und Aether leicht sich lösendes, grauweisses Pulver, frei von jedem auffallenden Geschmack. Seine Darreichung geschieht daher leicht, auch bei Kindern, und bedarf keiner Nachhilfe durch Oblaten und dergleichen.

Nach Overlach entspricht die Wirkung von 2 *g* Salochinin derjenigen von 1.0 *g* Chinin.

Die Indikationen für die Verwendung des Salochinins sind durch seine Bestandteile gegeben, also im wesentlichen für die gleichen Erkrankungen, bei denen das Chinin selbst in Frage kommt, wozu noch die Wirkung des Salizyls tritt. Demgemäss liegt der Hauptwert des Salochinins in seiner schmerzlindernden Wirkung und seinem heilenden Einflusse bei Neuralgien, Ischias, Rheumatismus verschiedener Art, Influenza und dergleichen.

Manasse hat sich von der Wirksamkeit des Präparates bei einer Anzahl von Fällen seiner Praxis zu überzeugen versucht und hat im ganzen sehr günstige Erfolge gesehen. Er hat in einer Reihe von Fällen das Mittel gegen Neuralgien, Pertussis, Influenza, Tabesschmerzen, Polyarthritis, Muskelrheumatismus, einfache Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen (Lumbago?), einmal bei Angina mit allgemeiner Mattigkeit und Unbehaglichkeit in Einzeldosen von 0.5—1.0 gegeben und auch das Nachlassen der Erscheinungen bezw. völliges Schwinden derselben gesehen.

Die Darreichung begegnete keinerlei Schwierigkeiten, Nebenwirkungen (Ohrensausen, Beeinflussung des Appetites und der Verdauung) waren nicht bemerkbar.

Das Salochinin hat vor dem Chinin den Vorzug der leichteren und angenehmeren Darreichung und steht in seiner Wirkung (in entsprechend hherer Dosis) dem Chinin nicht nach. Anwendung verdient es aber in all den Fällen, in denen Chinin nicht gegeben werden kann, speziell bei Kindern, die Chinin direkt perhorreszieren. Besonders in der Therapie des Keuchhustens dürfte ein Versuch mit Salochinin stets angebracht sein, während dieses sonst im allgemeinen als Antineuralgikum, bei Influenza, Rheumatismus etc. vorzüglich eine schmerzlindernde Wirkung zu entfalten vermag, wobei das Salizyl geeignet ist, die Wirksamkeit des Chinins zu unterstützen und zu erhöhen. („Heilkunde", IX. Jahrg., 12. H., 1905.)

— *Die Behandlung der Arteriosklerose.*

Björkmann behandelte eine 70jährige Frau R., Mutter einer grossen, gesunden Familie, die seit Jahren an einem Aneurysma des Aortabogens litt, welches sich durch unregelmässiges Klopfen und in einer Anschwellung über dem rechten Schlüsselbein bemerkbar machte und sich ungefähr 3 Zoll über das Schlüsselbein erstreckte.

Die Patientin wurde durch diese schmerzhafte und klopfende Geschwulst fortwährend in Angst versetzt und ihr psychisches Verhalten wurde dadurch sehr beeinträchtigt.

Auf eine Gelatinebehandlung erfolgte innerhalb sechs Monaten ein bemerkenswerter Rückgang des sichtbaren Teils des Aneurysmas und nach einem Jahre verkleinerte sich die pulsierende Geschwulst über dem rechten Schlüsselbein auf die Hälfte ihrer Grösse; das unangenehme Klopfen war kaum bemerklich.

Ausnahmslos aber dauerten die allgemeinen arteriosklerotischen Symptome fort, so die asthmatischen Beschwerden (sogar nach ganz kleinen Spaziergängen), Schwindel und manchmal eine kurze Ohnmacht, Herzklopfen, Klopfen in den Schläfen, Ohrensausen etc. Häufig kamen auch Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen vor, welche die Patientin abhielten, genügend Nahrung zu sich zu nehmen. Um diesen Zustand zu verbessern, hörte Björkmann mit dem Gelatine-Regime auf und verschrieb dafür Antisklerosin, zwei Tabletten drei- oder manchmal viermal des Tages zu nehmen.

Innerhalb dreier Wochen war eine entschiedene Veränderung bei der Patientin bemerkbar. Die obengenannten beunruhigenden Symptome zeigten sich nur nach längeren Pausen und dann auch weniger heftig. Nach weiteren zwei Wochen traten sie nur noch selten auf, sogar nach Arbeit und Anstrengungen blieben sie aus, was früher nie der Fall war. Nach zweijährigem Gebrauch des Antisklerosin — mit Pausen von vier bis sechs Wochen — erfreut sich die Patientin fortwährend guter Gesundheit. Ihr psychischer Zustand hat sich auffallend gebessert und trotz ihrer 74 Jahre fühlt sie sich ganz frisch.

Das Aneurysma ist viel kleiner geworden und verursacht der Patientin kein Unbehagen oder Schmerzen. Sobald die arteriosklerotischen Symptome erscheinen, nimmt sie Antisklerosin für sechs Wochen oder zwei Monate und hält sie dadurch wieder auf lange Zeit ab.

Fünf andere Fälle von Arteriosklerose, die innerhalb der letzten zweieinhalb Jahre mit dieser Medikation behandelt wurden, zeigen dieselben ausserordentlichen Erfolge wie der obige Fall.

Als Prophylaktikum ist dem Antisklerosin nach der Ansicht Björkmanns noch grössere Wirkung zuzuschreiben. (The Medical Examiner, September 1905.)

Kleine Mitteilungen.

— *Die Bestrafung alkoholischer Vergehen.* In der Abteilung für gerichtliche Medizin des Naturforschertages kam ein Referat von Dr. med. O. Juliusburger-Steglitz bei Berlin zur Vorlesung, indem er u. A. ausführte: Das alkoholische Delikt ist das Produkt einer pathologischen Gehirnarbeit akuter oder chronischer Natur, je nach der Intensiät oder Extensität der Vergiftung der Grosshirnrinde durch irgend welche alkoholische Getränke. Das alkoholische Vergehen ist der antisoziale Ausdruck einer akuten oder chronischen Gehirnerkrankung; daraus folgt, dass man den alkoholischen Uebeltäter ebenso wenig wie den verbrecherischen Geisteskranken bestrafen darf. Man kann nicht dagegen geltend machen, dass das Individuum deswegen zu bestrafen sei, weil es sich in den krankhaften Zustand hineingetrunken habe. Denn die Fälle sind vereinzelt, in denen ein sonst nicht alkoholisches Individuum absichtlich trinkt, um ein vorher genau geplantes Verbrechen zu begehen. Die antisoziale Willensrichtung und der verbrecherische Gedanke entstehen entweder erst im Rauschzustande oder gewinnen erst in ihm ohne aktiv bewusstes Zutun des Individuums durch Umwandlung seiner Persönlichkeit, durch Wegfall von psychischen Hemmungen, durch beschleunigte Auslösung und Uebertragung von Bewegungen einen wirkungsvollen Machtzuwachs oder die verbrecherischen Neigungen sind der Ausdruck chronischer, alkoholischer Gehirnvergiftung. Es ist des weiteren festzuhalten, dass weder subjektiv noch objektiv die Grenze festgestellt werden kann, wo der mässige Alkoholgenuss aufhört und der unmässige anfängt. Man bedenke ferner die schon durch relativ kleine Alkoholmengen frühzeitig erfolgte Fälschung des Ichgefühls und damit des Selbstbewusstseins, die Ausschaltung wichtiger

psychischer Hemmungen und die Erleichterung motorischer Entladungen. Man ziehe die pathologischen Rauschzustände in Betracht, die bei disponierten Individuen ohne Anzeichen und Vorboten nach Genuss kleiner Alkoholmengen auftreten und die verhängnisvollsten Folgen zeitigen können. Auch hat die trinkende Gesellschaft gar kein Recht zu Strafen, denn sie züchtet die Alkohol-Werturteile, erzwingt die überwertigen, d. h. mit besonders starken Gefühlen verknüpften Vortellungen von der Unentbehrlichkeit des Genusses alkoholischer Getränke. Statt der Bestrafung der alkoholischen Gehirnkranken hat die sozialethische Pflicht einer medizinisch-psychologischen Heilerziehung zu treten, an Stelle der Strafe ist Umstimmung der Persönlichkeit und Erziehung zur abstinenten Lebensauffassung zu setzen. Der alkoholkranke Delinquent ist in einer Trinkerheilanstalt oder Irrenanstalt so lange unterzubringen, bis nach sachkundiger Voraussicht bei ihm eine Abkehr von den Trinkervorurteilen eingetreten ist und die Gewähr für abstinentes Leben besteht. Schon jetzt sollte man aber unverzüglich daran gehen, in allen Strafanstalten die Häftlinge, deren Vergehen durch Alkoholgenuss bedingt war, einer systematischen Erziehung zur abstinenten Lebensführung zu unterwerfen. Es ist zu verlangen, dass in Strafanstalten, Arbeitshäusern, Korrektionsanstalten u. s. w. Vereinigungen nach dem Vorbilde der Guttemplerlogen gebildet werden; die Zöglinge sollen dazu herangebildet werden, nach der Entlassung Anschluss an Abstinenzvereine zu suchen. Hiedurch werden sie einerseits moralischen Rückhalt im Leben gewinnen, andererseits ist hier der Weg gegeben, um in nicht verletzender Weise eine Aufsicht über das weitere Verhalten der aus der Anstalt Entlassenen zu üben. Zur Prophylaxe des alkoholischen Verbrechens gehört natürlich die radikale Bekämpfung des Alkoholismus einerseits, Sanierung der ihn fördernden ökonomischen, intellektuellen, ethischen Missstände der Gesellschaft andererseits.

— *Die Jahresversammlung des Vereines abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes* fand am 5. und 6. Oktober in Elberfeld statt. Im wissenschaftlichen Teile hielt Dr. Dold-Stuttgart einen Vortrag über „Experimentelle Erfahrungen über den Einfluss des Alkohols auf die Herztätigkeit". Das Ergebnis der Versuche, über die er berichtete, war, dass trotz anfänglich erregender Wirkung auf den Herzmuskel von einer blutdrucksteigenden Wirkung des Alkohols nicht gesprochen werden könne, dass also keine Berechtigung vorliege, den Alkohol als Excitans zu benützen, am wenigsten, wie dies leider üblich ist, ohne genaue Dosierung. Den zweiten Vortrag hielt Direktor Dr. Delbrück-Bremen über die „Beziehungen des Alkohols zur Paralyse". Er erklärte, dass die Paralyse eine syphilitische Erkrankung sei, dass ihr Ausbruch aber durch Alkoholgenuss oder gar Missbrauch befördert werde. An beide Vorträge schloss sich eine angeregte Diskussion.

In der darauffolgenden Geschäftssitzung wurde Direktor Dr. Delbrück zum Vorsitzenden für die nächste Amtsperiode gewählt. Der für die beste Arbeit über „Die Beeinflussung der Sinnesfunktionen durch geringe Alkoholmengen" ausgeschriebene Preis von 400 Mk. wurde nach dem einstimmigen Urteile der Preisrichter Herrn Privatdozent Dr. Specht in Tübingen verliehen. Es wurde ferner beschlossen, die deutschen Rhedereien um Aufhebung der Getränkekompetenzen für die Schiffsärzte zu ersuchen, ferner sich an die Universitätskliniken und Laboratorien mit der Bitte zu wenden, den Untersuchungen über die physiologische, pharmakologische und pathologische Wirkung des Alkohols erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Ausserdem wurden die Berichte der Vereinsamtswalter zur Kenntnis genommen und eine Reihe innerer Vereinsangelegenheiten der Erledigung zugeführt. Die Jahresversammlung 1907 wird entweder im Anschlusse an die Naturforscherversammlung (Dresden) oder an den Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie (Berlin) stattfinden.

— *Alkohol im Kindesalter.* In seinem Buche „Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause" (Leipzig und Wien, Franz Deutsche) spricht sich der bekannte Wiener Kinderarzt Dr. A. Hochsinger folgendermassen über die Verabreichung des Alkohols an Kinder aus: „Es muss noch einmal mit dem grössten Nachdrucke darauf hingewiesen werden, dass für das ganze Kindesalter als Getränk nichts anderes als pures Wasser zu verabreichen ist. Alle geistigen Getränke sind Gifte und sind daher für Kinder gesundheitsschädlich. Sie wirken erstens schädigend auf das kindliche Gehirn, weil sie die Nervensubstanz des Kindes in einen künstlichen Erregungszustand versetzen, und zweitens auch schädlich auf die Leber des Kindes. Es ist eine tiefbetrübende Tatsache, dass gerade in den letzten Jahren bei Kindern immer häufiger und häufiger Erkrankungen der Leber infolge

Alkoholgenusses gefunden werden. Wenn man nur die irrige Vorstellung ausmerzen könnte, welche von dem Gehirne eines grossen Teiles unserer modernen Eltern Besitz ergriffen hat, dass Wein und Bier blutleeren Kindern zur Blutfülle verhelfen können! Ganz im Gegenteile! Ein schwächliches, blutleeres Kind wird den Reizen eines Giftstoffes, wie der Alkohol einer ist, viel weniger Widerstand entgegensetzen können als ein kräftiges und vollsaftiges Kind. — — Der Erfolg einer Alkoholdosis beim Kinde würde zunächst der sein, dass das Kind erregter, beweglicher und munterer wird und dass die Wangen sich mit Röte überziehen. Allein diese Erscheinungen sind keine solchen einer Nähr- oder Heilwirkung des Alkoholes, es sind trügerische Symptome. — — Sowie die Alkoholerregung abgelaufen ist, werden die Kinder matt, stumpf und verfallen gewöhnlich in Schlaf. Man hat also mit der Verabreichung gar nichts anderes erreicht als das Kind vorübergehend aufgeregt zu haben. Darin liegt aber ein grosser Fehler und zugleich das grösste Unglück der Alkoholwirkung für den kindlichen Organismus. Denn man gewöhnt bei Wiederholung der Darreichung von geistigen Getränken die Kinder leicht an das alkoholische Gift. Viele Kinder, die an den Genuss von Wein oder an den eines Gläschens Sherry oder Malaga am Vormittag gewöhnt sind, werden nervös, übellaunig oder mürrisch. Ein nicht genug zu rügender Unfug, der durch die Apotheker-Reklame in den letzten Jahren eingerissen ist, besteht in der Verabreichung alkoholhaltiger Eisenpräparate, Abführmittel und Verdauungsmedikamente für Kinder. Gewissenhafte Aerzte mühen sich, dem Kinde jedweden Alkohol weger seiner eminenten Giftigkeit aus der Nahrung vollkommen zu entfernen, und in den Apotheken verkauft man unter Zuhilfenahme einer masslosen Reklame aromatische (liqueurhaltige) Eisenpräparate, Sagradawein, Tamarindenessenz, Pepsin- und Condurangowein etc. etc. für Kinder ! ! ! Medikamente für Kinder müssen absolut alkoholfrei sein!

— *Die Beeinflussung des Blutdruckes durch kleine Alkoholmengen.* Im Arch. intern. de pharm. et de ther. Vol. 14 p. 437 berichtet C. Bachem über intravenöse Injektionen von 0,2—1,0 ccm Aethylalkohol bei Kaninchen, die eine vorübergehende Blutdrucksteigerung bewirkten, die nicht ausschliesslich auf einer Verengerung der Gefässe im Splanchnikusgebiete beruhen kann (Kochmann), weil sie auch nach Ausschluss des Splanchnikusgebietes eintritt. Nach Durchschneidung des Halsmarkes ist die Drucksteigerung geringer als in den Parallelversuchen ohne Durchschneidung. Diese nach Ausschaltung des Zentralnervensystems noch auftretende Steigerung ist nach B. einer Verbesserung der Herztätigkeit zuzuschreiben; allerdings kann er es nicht ausschliessen, dass direkte periphere Gefässverengerung dabei eine Rolle spielt. Ein anderer Teil der Drucksteigerung beruht auf einer zentralen Wirkung des Alkohols; diese kann eine direkte oder eine reflektorische sein; in letzterem Falle reizt der Alkohol vom Gefässendothel aus die Vasomotorenzentren. In grossen Dosen setzt der Alkohol den Blutdruck herab.

— *Vom englischen Vereine abstinenter Aerzte.* The British Medical Temperance Association hielt am 18. Mai ihre Jahresversammlung, bei der gleichzeitig die Feier des 30jährigen Bestandes der Gesellschaft begangen wurde. Nach dem Berichte, den der Sekretär Dr. J. F. Ridge erstattete, traten im abgelaufenen Vereinsjahre 60 neue Mitglieder ein, so dass die Zahl gegenwärtig 617 beträgt; ausserdem gehören dem Vereine noch 309 studentische Mitglieder an. Das Sekretariat wurde häufig durch Anfragen von Aerzten (zum Teile Nichtabstinente) in Anspruch genommen, die über irgend ein Gebiet der Alkoholfrage Auskunft verlangten. An 15,000 Aerzte der Vereinigten Königreiche wurde ein von Professor Sims Woodhead, dem Präsidenten der Gesellschaft, verfasster Aufruf versendet, dem eine Aufforderung zum Beitritte angeschlossen war. Das Vereinsorgan, die Medical Temperance Review, wurde allen ordentlichen und studentischen, sowie einer grossen Zahl von Krankenhausbibliotheken und praktischen Aerzten zugeschickt. Die Finanzen der Gesellschaft befanden sich dank der Zunahme der Mitglieder und der freiwilligen Erhöhung des Beitrages seitens der meisten Mitglieder in geordnetem Zustande. Es wurde der Beschluss gefasst, in allen Universitätsstädten des Landes Zweigvereine ins Leben zu rufen, um regere Propaganda unter der Studentenschaft betreiben zu können. — Bei der Wahl des Vorstandes wurde der langjährige Präsident, Professor Sims Woodhead, der auch Ehrenmitglied des Vereines abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes ist, neuerdings an die Spitze der Gesellschaft berufen.

— *Verzogen*: Dr. J. W. Gleitsmann nach „The Sydenham" (616 Madison Avenue), Dr. George Mannheimer nach 60 Ost 58. Strasse und Dr. Heinrich Riedel nach 1425 45. Strasse, Brooklyn.

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, November 1906. No. 11.

Originalarbeiten.

Ueber die Behandlung der Magen-Darmerkrankungen mit Kohlensäuremassage.*

Von Dr. Walther Nic. Clemm, Arzt für Verdauungskrankheiten, Darmstadt.

Meine Herren! Auf dem heurigen Kongresse für innere Medizin habe ich über die Anwendung der Kohlensäure in Verbindung mit Massage zur Behandlung der Dickdarmerkrankungen berichtet.

Damals waren meine Erfahrungen über die Wirkung des Gases auf die Magenschleimhaut und über seine Verwendung bei diesem Organe noch zu gering an Zahl, als dass ich dieselben hätte mitteilen wollen.

Ich habe aber die Bestätigung meiner Voraussetzungen auch nach dieser Richtung hin gefunden und seitdem ein vielseitiges Material nach dieser Methode bearbeitet, ebenso, wie ich die Anwendung des Verfahrens bei Dickdarmkrankheiten weiter verfolgt und ausgedehnt habe. Die Kohlensäure an sich hat eine mehrseitige Wirkung, die sich dann noch mit der der Massage vereinigt.

Zunächst tötet das Kohlenoxyd Mikroben, insbesondere die empfindlichen pathogenen, rasch und sicher und desinfiziert das ihm unterstellte Wirkungsfeld.

Dann erweitert das Gas in beträchtlichem Masse und auf stundenlange Dauer die Blutgefässe der Schleimhäute ebenso wie die der Aussenhaut, worauf bekanntlich die Heilwirkung der Kohlensäurebäder, insbesondere der Nauheimer Badekuren beruht. Ob dies durch einen Tonus der Vasodilatatoren oder, was wohl daneben stattfindet, durch Lähmung der Vasokonstriktoren verursacht wird, steht noch nicht fest.

Endlich wirkt die Kohlensäure auch auf die peripheren Muskelnervenendigungen anregend ein, was die Gefässwirkung durch Muskelreiz unterstützt.

Tritt dazu als viertes Moment die Massage des durch die Blähung der Hand entgegengedrängten Organes, so bedeutet die Knetung desselben in gefülltem Zustande, seine rasche Entleerung und Wiederfüllung in mehrfacher Folge, eine beträchtliche Steigerung der Elastizität desselben und Hebung seiner muskulären Energie.

Die Anwendung habe ich folgendermassen gestaltet:

*) Vortrag in der XVI Sektion der 78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Stuttgart, 16. bis 22. September 1906.

Ich führe das Gas aus dem Entwickler durch den weichen Magenschlauch unmittelbar in das zu behandelnde Hohlorgan ein, bis die beginnende Blähung vom Patienten entweder selbst signalisiert oder durch die kontrolierende Hand oder das Auge des Arztes bemerkt wird, sperre dann rasch die Gaszufuhr und massiere streichend über das Organ weg, beim Magen die Kohlensäure gegen die Cardia zum Schlauche hinausdrängend, beim Dickdarm sie ebenfalls nach aussen entleerend.

Die Gaszufuhr wie die Massagestärke wird von Sitzung zu Sitzung langsam gesteigert und mehrere Male wiederholt. Ich beginne mit 2—3 Kohlensäuremassagen innerhalb etwa 10 Minuten und steige auf 4—5 innerhalb 15 Minuten an.

Der Patient liegt dabei mit nüchternem oder erstmals durch vorherige Waschung gereinigtem Magen auf dem horizontal flachgestellten Untersuchungsbette mit einer zusammengelegten Decke unterm Kreuz, nachdem vorher im Sitzen der Magenschlauch oder in linker Seitenlage das weiche Darmrohr eingeführt ist. Das Kugeldarmrohr bietet gar keine Vorteile und macht nur unnötig Quälerei bei der Einführung.

Der Entwickler besteht aus einer Wulff'schen, mit zwei Gummilochstopfen verschlossenen oder aus einer weithalsigen, mit doppelgelochtem Gummistopfen armierten Glasflasche, welche mit Bikarbonatbrei beschickt ist. Durch das eine Stopfenloch taucht das Rohr eines mit eingeschliffenem Hahn über dem Gummistopfen versehenen oben mit eingeschliffenem Lochstopfen verschlossenen Schütteltrichters, welcher die Säurelösung enthält. Das andere Stopfenloch ist durchbohrt von einem Winkelrohr, das sich in einen Schlauch fortsetzt; durch ein Glaszwischenstück wird das Gas dann in einen zweiten mit einfachem Gebläseballon versehenen Schlauch weitergeführt und aus diesem durch einen Schlauchhahn in den Magenschlauch geleitet, aus dessen Fenstern es sich unmittelbar trocken auf die Schleimhaut ergiesst.

Diese Anordnung ermöglicht es, die Säure auf das Karbonat in so kleinen Mengen aufzuträufeln, dass sich jeweils nur eine geringe Menge Gas unter Aufschäumen entwickelt, welche ihren Ausweg, nachdem der Schütteltrichter wieder abgeschlossen ist, durch das Winkelrohr und die Schläuche nehmen muss.

Wird je einmal durch zu rasches Auftropfen der Säure auf das kohlensaure Salz etwas Wasser mit hinübergerissen, so dient der unterwegs angebrachte Ballon als Wassersack, dasselbe herauszufangen.

Sobald der gewünschte Blähungsgrad erreicht ist, wird ausser dem Trichterhahn der Schlauchhahn geschlossen, dahinter die Leitung abgesetzt und der aus dem Körper führende Schlauchapparat in einen Eimer mit Wasser gehängt, und die Gase — denn die Kohlensäure setzt Magen- und Darmgase unter erhöhten Druck und reisst sie mit heraus — durch Streichen und Kneten des Organs herausgepresst. Schliesslich wird durch Aspiration mittels des Ballons ein etwa noch verbliebener Rest von Gas entleert und dieser Vorgang mehrmals wiederholt.

Meine Ueberlegung, dass die Kohlensäureblähung des Magens in der Verbindung mit der Massage einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie der Magenkrankheiten bringen müsse, fand eine wesentliche Stütze durch die von v. Tabora aus der Riegel'schen Klinik 1904 in der „Therapie der Gegenwart" beschriebene Massage auf dem mit Luft geblähten Magen: Dem Umstande, auf den Riegel schon hinwiess, dass der Magen bei der gewöhnlich gebräuchlichen Weise der Massage oft genug von der knetenden und streichenden Hand gar nicht erreicht wird, beziehungsweise ihr immer wieder ausweicht, suchte v. Tabora dadurch zu begegnen, dass er durch einen Assistenten mittels Doppelgebläses Luft einpumpen liess, um so den

Magen gegen die Vorderbauchwand und der Hand des Arztes entgegen zu drängen.

An Stelle dieses umständlichen und keineswegs unbedenklichen T a b o r a'schen Luftblähungs-Verfahrens, dem alle Vorzüge der Kohlensäurewirkungen an sich mangeln, tritt das nach meiner Angabe weit bequemer und sicherer in der soeben geschilderten Weise ausführbare.

Ich erziele damit durch die desinfizierende Kraft der Kohlensäure auch den Ersatz der bisher üblichen Reinigungsmethoden des Magens mit ihren durch das Eingiessen und Wiederauslaufenlassen erheblicher Flüssigkeitsmengen verbundenen Gefahren.

Ich erreiche weiterhin durch die blutzuführende und stauende Wirkung des Gases eine erhebliche Anregung des Organes und endlich steigert die rasche Füllung und die ebenso rasche gänzliche Entleerung, in rascher Folge mehrmals wiederholt, die Elastizität der Magenwandungen beträchtlich. Wird schnell genug gearbeitet, so entleert sich gar kein oder kaum etwas Gas durch den Pförtner in den Darm, was ja leicht mit über dem Pylorus aufgesetztem Phonendoskop kontroliert werden kann, und es wird auf demselben Wege aus dem Magen wieder entfernt, auf dem es hineingelangt ist.

Alle Fälle von schlaffer Senkung, Atonie und narbiger Zerrung durch perigastrische Verwachsungen oder Einschnürungen am Magen selbst geben neben sonstigen Verlagerungen des Organs ein dankbares Feld ab für die Behandlung nach diesem Verfahren, wobei es unbenommen bleibt, die Wirkungen des Allylsulfoharnstoffes, des von Einigen in Fällen letzterer Art so warm empfohlenen Thiosinamins, zur Erweichung des Narbengewebes zu versuchen.

Der nächste Erfolg einer CO_2-Massage ist das sofort auftretende behagliche Wärmegefühl im Magen oder Dickdarm; an Stelle des oft so quälend empfundenen schlaffen Senkungsgefühls tritt — offenbar unterstützt durch direkte Muskeltonisierung — ein angenehmes Nichtfühlen des schlotternden leeren Sackes im Leibe: Das Vertrauen des Patienten ist damit sofort gewonnen, die so häufig mit diesen Zuständen verknüpfte Appetitlosigkeit beruhend auf einem Gefühl von Schwere und Völle im Magen oder hervorgerufen durch die Angst vor der Nahrungsaufnahme, macht meist sofort gesunder Esslust Platz, und gestattet dem erwachenden Appetit auch ungestraft durch nachherige Beschwerden Folge zu leisten.

Ist so die Esslust wieder vorhanden und die Ernährung gesteigert, so wird der Kranke bei von Tag zu Tag wachsendem Erfolg ambulant oder, wenn angängig, 8—14 Tage zu Bette liegend möglichst rasch durch fortgesetzte CO_2-Massage körperlich gekräftigt und ihm hernach, zur Festhaltung des Erfolges, bei Atonie, Ektasie und Ptosie der Enterophor zur Stütze unter den gehobenen und gekräftigten Magen gelegt. Damit weichen selbst Beschwerden von einer Heftigkeit und Hartnäckigkeit, welche umständlichen und beschwerlichen Spülkuren mit ihren oft nicht unerheblichen Gefahren durchaus widerstanden und schliesslich zum Vorschlage der Gastroenterostomie geführt hatten. In wenig Wochen tritt gänzliche Befreiung von qualvollen Leiden ein, auch ohne dass die ultima ratio in scultro hätte gesucht werden müssen! Leichtere Fälle dieser Art sind meist innerhalb einer Woche derart zu beeinflussen, dass sie mit dem Heftpflastergürtel „Enterophor" versehen als geheilt aus der Behandlung entlassen werden können.

Ich habe in diesem Sommer auch den Versuch gemacht, auf einer Amerikareise nach demselben Grundsatze der Seekrankheit zu begegnen. So wenig für mich ein Zweifel besteht, dass der Erfolg bei richtiger Ausführung ein eklatanter sein muss, so ist es mir dennoch nicht geglückt, zu einem Resultate zu gelangen, mangels genügender Einrichtun-

gen auf dem Schiffe: Denn ausser in gut eingerichteten ärztlichen Sprechzimmern, Ambulatorien oder Operationssälen lassen sich derlei Versuche nur noch bei Lage der Patienten in bequem von allen Seiten zugänglichen Betten anstellen. Der vollkommene Mangel ersterer jedoch und das Vertreten letzterer durch an der Wand festgemachte Schiffskojen vereitelte die Durchführung der geplanten Therapie. Dagegen hat sich der prophylaktische Wert des von P. Beierdorf & Co. in Hamburg hergestellter Heftpflastergürtels „Enterophor" auch hier als ein bedeutender und jeder anderen Binde überlegenen erwiesen.

In einem Falle von ausgesprochener Achylie des Magens habe ich die Wiederbelebung der sekretorischen Tätigkeit durch Kohlensäuremassage gesehen, und ich habe anderseits den Eindruck gewonnen, dass auch die entgegengesetzten Sekretionsstörungen des Magensaftflusses und der Uebersäure günstig durch die Kräftigung des Organs beeinflusst werden.

Dass Narben am und in der Umgebung des Magens diese Behandlung erfordern, dafür sprechen bereits die mit der Tabora'schen Methode erzielten Erfolge. Bei der Ueberlegenheit meines Verfahrens werden dieselben um so sicherer zu erreichen sein, was ohne Weiteres einleuchtet.

Bei Gastritis ferner kommt der Kohlensäuremassage, wenn sie äusserst vorsichtig beginnend und langsam gesteigert zur Anwendung gelangt, eine ganz erhebliche Heilwirkung zu.

Und endlich glaube ich bei bakteriellen Infektionen des Magens mit dieser Neueinführung der Therapie eine Waffe geschmiedet zu haben, welche einen wesentlichen Bestandteil des ärztlichen Rüstzeugs im Kampfe gegen dieselben ausmachen wird.

Den Anstoss zu meinen Versuchen, welche, als durchgängig von Erfolg gekrönt, zur allgemeinen Einführung ermuntern, haben Angaben von Achilles Rose, Professor an der New York Post Graduate School, dem Vorbilde unserer Aerzteakademieen gegeben.

Rose teilte einige Fälle von Mastdarmfisteln mit, welche durch die Einwirkung der, zunächst zu diagnostischen Zwecken angewandten, CO_2 unter raschem Schwund aller Beschwerden und unter Reinigung der Fistel zur Ausheilung gekommen waren.

Ich hatte, bald nachdem ich von dieser Entdeckung Kenntnis erhalten, Gelegenheit, bei einem 22jährigen Studenten aus Heidelberg dieselbe zu erproben und in achttägiger Behandlungszeit eine äusserst schmerzhafte haarfeine Analfistel sich schliessen zu sehen: Die Schleimhauträndер der Fistel zeigten von vorneherein unter der Gaswirkung frische Rötung und rasch fortschreitende Neigung zur Ueberhäutung.

In seinem bei Funk & Wagnall Company in New York und London erschienenen Buche „Carbonic Acid in Medicine" macht Rose von einer Reihe von Anwendungsformen der Kohlensäure auf entzündete Schleimhäute Mitteilungen, welche zur Nachahmung ermuntern: Er hat das Gas in der Vagina, in der Nase und bei Dacryocystitis mit gleich gutem Erfolge gebraucht, und hat es bei einer Anzahl von Dickdarmerkrankungen rektal einströmen lassen.

Bei letzteren führt er es mit ganz kurzem hartem Darmrohr und weniger tastendvorsichtig, als ich es tue, nur mittelbar über den Analring ein, während ich bei höherem Sitze des Uebels den weichen Schlauch möglichst an die kranke Stelle heranzuleiten suche und in kleinen Gaben das Gas unmittelbar auf die kranke Schleimhautstelle einströmen lasse.

Von der Massage dagegen macht Rose ebensowenig Gebrauch, wie er seine Erfahrungen auf die Behandlung der Magenschleimhaut zu übertragen gesucht hat.

Dagegen finde ich die Bestätigung meiner mittlerweile gesammelten günsti-

gen Resultate in einer Reihe von Darmerkrankungen durch des mehrfach angeführten Autors Mitteilungen in dem erwähnten Buche.

Ich lasse eine kurze Ueberricht derselben hier noch folgen:

In einer Anzahl von Fällen akuten und chronischen Dickdarmkatarrhs führte die Kohlensäuremassage des Kolons zu raschem, glattem Heilerfolg.

Ebenso schwanden die Beschwerden von Colica mucosa weit schneller als bei den bisher geübten Behandlungsweisen durch Einläufe.

Dass bei Proktitis der Erfolg ein sicherer war, stand nicht zu verwundern.

Bei dem so quälenden Meteorismus intestinalis bemerkte ich infolge der bereits erwähnten Unterdrucksetzung der Darmgase deren rasche und gründliche Entleerung durch die Kohlensäuremassage; es empfiehlt sich besonders in solchen Fällen von Blähsucht im Interesse der eigenen Nase die Gase in Wasser zu leiten, da eine oft erstaunliche Menge derselben hervorquillt.

Der Effekt ist ein augenblicklicher, die erste Sitzung schon schafft wesentliche Erleichterung.

In zwei Fällen von chronischer Blinddarmentzündung, gegen die ich vor drei Jahren gleichzeitig mit Robin in Paris die Massage an Stelle der Opiumbehandlung angegeben habe, sah ich in kurzer Zeit alle Beschwerden schwinden bei vorsichtiger Anwendung der Kohlensäuremassage, und ich glaube, dieselbe bei behutsamem Verfahren für die Therapie dieser gefürchteten Krankheit dringend empfehlen zu sollen.

Bei Dysenterie hat Rose mit anderen amerikanischen Kollegen derart vortreffliche Erfolge mit Kohlensäure erzielt, dass er diese Behandlung dem Generalarzte der amerikanischen Armee für die auf den Philippinen kämpfenden Truppen empfahl. Mir bot ein in völlig aufgegebenem Zustande in meine Behandlung gelangter Fall, allerdings neben vielfachen anderen therapeutischen Eingriffen, Gelegenheit, mich von der vortrefflichen Wirkung des Gases zu überzeugen: Ich habe dasselbe beinahe fünf Wochen lang mit gutem Erfolge angewendet bei diesem Kranken, welcher durch fortgesetzte, enorm schwere Blutungen aus der aufgelockerten, in Fetzen losreissenden und durch Blutinfiltration und epitheliale Wucherung stark veränderten Schleimhaut der Flexura sigmoidea binnen sieben Wochen um 40 kg. an Körpergewicht verloren hatte.

Ich rate jedenfalls bei Colitis dysenterica mindestens einmal am Tage von der desinfizierenden Wirkung der Kohlensäure Gebrauch zu machen. — Ob dem Gase auch auf Amöbendysenterie ein heilender Einfluss zukomme, ist noch nicht bekannt, doch sollte der Versuch damit gemacht werden, wo sich Gelegenheit dazu bietet! Kranke aber, wie der Fall Schlesingers in Wien war, sind mit Sicherheit zu retten auf diesem Wege, auch ohne nach Schmeissfliegenmaden im Darme zu suchen!

Tuberkulose des Darmes und Typhus abdominalis sind zwar der Gaszuleitung weniger leicht zugängig, doch glaube ich sicher, dass auch bei diesen Krankheiten der Versuch damit sich lohnen würde, da die Kohlensäure sehr rasch auch in den Dünndarm hochsteigt. Selbverständlich ist nach dem über die Magenbehandlung Gesagten, dass die Atonie des Dickdarms ebenso wie Spasmen desselben für Kohlensäuremassage ein äusserst dankbares Feld abgeben; legt man in diesen Fällen dann noch den „Enterophor“ hernach an, so lassen sich die schönsten Heilerfolge von Dauer erzielen.

Ueber die Frühdiagnose der Lungentuberkulose.*

Von Dr. Ethan A. Gray, Chicago.

Unter den verschiedenen Faktoren, die in der erfolgreichen Behandlung der Lungentuberkulose grosse Wichtigkeit besitzen, hat keiner einen höheren Wert als die Frühdiagnose.

Obwohl das akute Fieber der Tuberkulösen häufig zur Beobachtung kommt, wird dies nicht allzufrühe Symptom oft mit Typhus, Malaria, Influenza oder sonstigen Krankheiten verwechselt oder Ueberanstrengungen während des Entwickelungsstadiums, des Wachstums zugeschrieben. Was ebenfalls oft genug passiert, ist, dass das Fieber des präbazillären Stadiums vollständig übersehen wird, wofür dem nachlässigen oder oberflächlich untersuchenden Arzt die Verantwortlichkeit zugeschrieben werden muss. Ferner ist es eine sehr zu bedauernde Tatsache, dass der Praktiker oft garnicht an Tuberkulose denkt, bis der Patient in die katarrhalische Periode geraten ist, und das Auftreten von Auswurf gebieterisch nach einer mikroskopischen Untersuchung desselben sowie nach einer genauen physikalischen Orientierung über den Befund des Patienten verlangt.

Diese erwähnte Periode der Krankheit ist aber ein schon ziemlich weit vorgeschrittenes, zweites oder katarrhalisches Stadium. Ein solcher Patient wird häufig irrtümlicherweise für einen sich im frühen Stadium befindlichen Fall gehalten, weil das vorhergehende bazillenlose Stadium einfach übersehen wurde.

Wenn einmal sich Auswurf gezeigt hat, ist die Diagnose beinahe immer leicht festzustellen, da die Entdeckung der Bazillen die Sache ganz ausser Frage bringt. Gewisse Fälle jedoch bleiben eine Zeitlang unbestimmt, da die Tuberkelbazillen nur spärlich zu finden sind, auch wenn mehrmals danach gesucht wurde. Es werden aber in diesen verdächtigen Fällen zahlreiche Bakterien der Mischinfektion oder auch elastische Gewebsfasern gefunden; dann sollte man nicht von der Diagnose einer Tuberkulose absehen, vielmehr die genaue Beobachtung der Fälle weiterführen.

Nun hat die vorsichtige Untersuchung des Thorax einen grossen Wert, hauptsächlich wenn der Befund aufs peinlichste protokolliert wird. In dieser Hinsicht ist es wichtig zu erwähnen, dass die Entdeckung von Flächen, über denen das Atmungs-Geräusch vermindert ist, einigen Aufschluss geben kann. Eine zweistündliche Beobachtung von Puls und Temperatur während zwei oder drei Tagen, wobei der Kranke im Bette liegt, kann oft von Nutzen sein, ebenso das Konstatieren einer erhöhten Temperatur nach körperlicher Bewegung.

Bei Frauen ist eine steigende Temperatur zur Zeit des Unwohlseins, falls keine andere Ursache gefunden werden kann, ein auf Tuberkulose deutendes Zeichen.

Es versteht sich von selbst, dass alle Fälle sorgfältig untersucht und alle Momente der Krankheit studiert werden sollten. Hat man einen vermeintlichen Fall von Typhus vor sich, der sehr atypisch verläuft, darf man sich bei fehlender Widal-Reaktion nicht zu sehr auf eine vergrösserte Milz stützen, da dieses Organ auch bei anderen Krankheiten anschwillt. Auch die Diazoreaktion hat keinen besonderen Wert als diagnostisches Hilfsmittel. Das Fieber der Tuberkulösen verkennt man mitunter, da man glaubt, ein Wechselfieber zu behandeln; zu diesem Glau-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Med. Gesellschaft von Chicago.

ben wird man verleitet durch Schüttelfrost, Schwitzen und Fieber. Allein bei Fehlen von Plasmodien und bei Fehlschlagen der Chinin-Therapie ist wieder an Tuberkulose zu denken.

Die Grippe wird oft angeschuldigt, wo sie ganz unschuldig ist. Wie oft hört man, dass die Tuberkulose sich aus einer Grippe entwickelt habe? Tatsächlich ist nie eine Grippe dagewesen, sondern eine ursprüngliche Tuberkulose. Das Unwissen des Arztes ist oft für den Zeitverlust verantwortlich, der dann häufig das Leben des Leidenden aufs Spiel setzt. Schuld daran ist die Tendenz eine rasche Diagnose zu machen, wo eigentlich die Hauptzeichen fehlen. Ist dann aber eine solche Diagnose auf mangelhaften Daten beruhend gestellt, so ist oft der betreffende Arzt zu träge, die Sache anders aufzufassen.

Eine andere Klasse von Fällen will ich flüchtig erwähnen — nämlich diejenigen, die sich in der Jugend langsam entwickeln. Ihre Symptome werden oft, bedauerlicherweise, einem schnellem Wachstum zugeschrieben. Die vergeudete Zeit aber kostet dem Individuum nachher das Leben. Durch die Nachlässigkeit des Arztes also verliert der Patient viele Chancen einer Wiederherstellung, und, was von ebenso grosser Bedeutung für die Menschheit ist, er involviert dem Publikum gegenüber die Gefahr einer verbreiteten Infektion.

Wie Sie schon gesehen haben, meine Herren, habe ich dieses Thema hier berührt, um meine Stimme zu erheben gegen die fast allgemeine Gleichgültigkeit, welche die Behandlung der ersten Stadien der Lungentuberkulose charakterisiert. Ueberhaupt wäre es unnötig, diese Ermahnungen vorzutragen, wenn die sämtlichen Herren Kollegen allen Fällen die entsprechende Zeit widmen würden.

Feuilleton.

Staatsarzt- oder Privatarztsystem?[1]

Eine höchst aktuelle Frage behandelt Dr. med. H. Häberlin (Zürich) in der Broschüre: „Staatsarzt- oder Privatarzt-System? Wirkt das Privatarztsystem wirklich antisozial und ist der Uebergang zum Staatsarztsystem wünschbar oder gar notwendig?“[2])

Von sozialen Theoretikern und aus dem Volke heraus ist u. a. auch die Forderung aufgestellt worden, der ärztliche Dienst solle allgemein verstaatlicht und dem Publikum unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden. Auf dem (russischen) IX. Pirogow'schen Aerztekongress begründete Dr. Schbankow unter allgemeiner Billigung der Sektion für öffentliche Medizin das Problem der Verstaatlichung der ärztlichen Praxis. Mag immerhin das Aerztevotum zum ersten Male auf russischem Boden abgegeben sein und damit anscheinend nur engere Bedeutung und Geltung haben, so hat dennoch die ganze Frage auch für die mitteleuropäischen und speziell die reichsdeutschen ärztlichen Verhältnisse so fundamentale Wichtigkeit, dass es sich schon verlohnt, sie weiter zu studieren. Jeder Arzt, der, so möchte ich sagen, „von Gottes Gnaden“ von ganzem Pflichteifer beseelt ist und ein standeswürdiger Repräsentant sein will, hat die Ueberzeugung, dass sein Beruf ein ethisch hoher ist, der unmöglich nur deshalb und nun auf einmal antisozial wirken soll, weil die Aerzte aus ihrer Arbeit leben und sich für ihre Mühewaltungen vom einzelnen Patienten und nicht von der Gesamtheit entlohnen lassen. Lautet doch die Quintessenz der Thesen des ge-

[1]) Aus „Deutsche med. Praxis“, 1906, Bd. 22.
[2])Zürich 1906. Verlag von Alber Müller. (36 S. 8°.)

nannten Kongresses zur beregten Frage in Kürze folgendermassen: Der im System der Privatpraxis bedingte Gelderwerb ist in innerem Wiederspruch mit der sozialen Aufgabe des Arztes. Prüfen wir an der Hand der Broschüre H.'s die von Dr. Schbankow dafür vorgebrachten Gründe auf ihre Wertigkeit.

1. Grund. „Die Leiden und das Unglück des Patienten werden durch die Arztrechnung vermehrt." Suchen wir einmal auf einen Moment von dem doch nicht gänzlich auszuschaltendem Werte der psychischen Beruhigung ab, welche der Arzt dem Patienten und seinen Angehörigen gewährt, so ist die Behauptung von der Vergrösserung des Unglücks aus Anlass einer Krankheit oder eines Unfalls durch Arztkosten doch nur für einen Teil der Bevölkerung richtig; denn für die Reichen bedeutet bei ihrem ohnehin gewohntermassen grossen Ausgabebudget eine Arztrechnung in bisheriger landläufiger Höhe keine Sorgen; die Mittelstände empfinden eine Arztrechnung immerhin nur als eine vorübergehende Störung der Haushaltskosten; bei der je nach den Erwerbsverhältnissen und der ökonomischen Lage wechselnden Bevölkerungskategorie, die ohne alle Reservemittel schon in gesunden Tagen um ihre wirtschaftliche Existenz ringt und kämpft, kann allerdings eine aus langer Krankheit resultierende Mehrbelastung des Budgets zu empfindsamer Störung oder gar zu nachhaltigem Verluste des Gleichgewichts in der gesamten Lebenshaltung führen. Dies in Würdigung der tatsächlichen praktischen Verhältnisse. Die Abschaffung der privaten Regelung der Beziehungen zwischen Patient und Arzt aber im Prinzip zu fordern, nur weil für einen Teil der Bevölkerung die Behandlungskosten finanziell äusserst fühlbare Opfer erheischen und damit eine Verschlimmerung des durch Krankheit oder Unfall überhaupt verursachten Unglücks bedeuten, hiesse der sozialistischen oder richtiger gesagt der kommunistischen Theorie huldigen, wonach der Staat, dessen Volk sich aus der Summe selbständiger Individuen und Familien zusammensetzt, für alle Lebensbedürfnisse aufzukommen hat; zu letzteren gehört aber, wenn sie auch nicht zu den täglich wiederkehrenden Bedürfnissen zählt, zweifelsohne die ärztliche Behandlung zwecks möglichst rascher Wiedererlangung der Erwerbs- und Leistungsfähigkeit. Aufgabe des Staates ist es, ärztliche Hülfe und Krankenfürsorge für völlig Mittellose und wirtschaftlich Schwache zu beschaffen. Wollte man wirklich einmal die Verstaatlichung der ärztlichen Praxis einführen, so könnte aus naheliegenden Gründen man unmöglich über gewisse Minimalleistungen hinausgehen; den Bedürftigen kann und muss das genügen, da sie aus eigenen Mitteln sich selbst dieses Minimum nicht verschaffen können; der Teil der Bevölkerung aber, der sich wirtschaftlich einigermassen oder über die Massen selbständig fühlt, begehrt einmal gar nicht die staatliche Hülfe oder wird andererseits sie in der vom Staate gebotenen Form nicht benutzen. Will übrigens der Staat ein Mehr in der allgemeinen Krankenfürsorge tun, dann mag er darauf bedacht sein, dass, ohne die vorgeschlagene Verstaatlichung des Aerztepersonals, dem Volke im breitesten Masse, sei es unter seiner Aufsicht, sei es mit seiner Beihülfe Gelegenheit geboten wird, freiwillig in gesunden Tagen für Kranke vorzusorgen. Und das kann, analog wie gegen andere Gefahren, am einfachsten in der Form der nach den individuellen wirtschaftlichen Verhältnissen abgestuften Krankenversicherung geschehen, und zwar durch einheitliche Versicherung für sämtliche Unkosten; eine einheitliche Versicherung lediglich auf ein täglich fixiertes Krankengeld ohne die Ergänzung durch die Krankenpflegeversicherung (Arzt, Apotheke, Krankenhaus) genügt nimmer. Durch die ratenweise Bezahlung eines jährlichen gradatim fixen Beitrags vermeidet der Versicherte unerwartet eintretende grosse Auslagen, indem dann die Krankenkasse für die Gesamtkosten aufkommt. Nebenbei gesagt, redet H. der ärztlichen Versorgung der sog. Armenkranken, unter Aufhebung der spezif. Armenpflege, durch die Arbeiterkrankenkassen das Wort. H. berührt sodann noch die Kostenfrage und verneint, dass die Krankenbehandlung vermittels staatlich fixierter Aerzte sich wesentlich billi-

ger stellen werde. Die wenigen dafür beigebrachten Beweise sind aber nicht überzeugend genug dafür, dass dem Privatarztsystem vor demStaatsarztsystem aus dem Punkte der Verbilligung der Vorzug zu geben wäre. Würde demnach der Staat die Krankenfürsorge in dem dargelegten Masse erweitern, so wäre damit das Postulat von Dr. Schbankow, seine Berechtigung selbst zugegeben, erfüllt, dass das Leiden der Kranken nicht durch mehr oder weniger drückende Arztrechnung vermehrt werden dürfe.

2. Grund. „Der Gelderwerb der Privatpraxis wirkt demoralisierend auf den Arzt zurück". Gewisse Auswüchse in der ärztlichen Praxis, mitunter sogar höchst beklagenswerte Auswüchse und von ethisch minderwertigen Persönlichkeiten angewandte Praktiken drängen sich allerdings jedem auf, der offenen Auges und mit reinem Schild seinem Berufe obliegt. Zur Ehre unseres Standes darf aber auf die relative Seltenheit derartiger Machinationen fragwürdiger Art hingewiesen werden. Auch soll nicht bestritten werden, dass gerade die frei praktizierenden und konkurrierenden Aerzte in ihrem Lebenskampf nicht immer die Rücksicht gegen ihren Kollegen walten lassen, welche ihrer hohen sozialen Stellung entspricht. Ein angemessener Teil der Schuld muss aber dem Publikum aufgebürdet werden, welches in unangenehmen Situationen oft absichtlich oder unabsichtlich das kollegiale Verhältnis der Aerzte stört. Während Dr. Schbankow die Schmach solcher Zustände in den grellsten Farben dem Kongresse aufträgt (mag für Russland und Halbasien zutreffen! D. Ref.) und in der Ausschaltung des direkten Geldverhältnisses zwischen Aerzten und Klientel das Universalmittel sieht, ermahnt H., dass jeder zu seinem Teil darnach streben müsse, an der weitgehendsten Einschränkung oder gar völligen Abschaffung von Missständen mitzuwirken. Bezüglich der Existenzsicherheit bei dem freien Erwerbe der Privatpraxis muss zugegeben werden, dass eine gewisse ökonomische Sicherheit für Gegenwart und Zukunft auch für den Arzt eine grosse Beruhigung ist; nicht aber schützt die Gehaltsfixierung an sich, wie männiglich bekannt, Beamte gegen Versuchungen; imgleichen wären auch die festbesoldeten Staatsärzte nicht dagegen gefeit, auf irgend eine oder andere anfechtbare Weise ihre ökonomsiche Lage zu verbessern zu suchen. Ist aber einerseits nicht wegzuleugnen, dass ein kleiner Bruchteil des Aerzterpersonals in der freien Konkurrenz verwerfliche und eines hochgebildeten Mannes unwürdige Mittelchen und Praktiken anwenden und gar ein Bruchteil im erfolgreichen Erwerb unersättlich wird, so ist doch die weitaus grösste Mehrheit von Pflichterfüllung und Aufopferung beseelt, so dass von einer Demoralisierung des Standes keine Rede sein kann. Anderseits bewahrt die fixe Anstellung als Staatsbeamter per se nicht im geringsten vor der Anbetung des goldenen Kalbes, und zudem liegen in der freien Konkurrenz mächtige Impulse zur praktischen Betätigung, welche dem Beamtensystem fehlen. Darnach erscheint der vorgeschlagene Weg zur Besserung nicht der richtige, indem das Staatsarztsystem den materialistischen Zug nicht auslöschen, dagegen wichtige individuelle Kräfte brachlegen würde.

3. Grund. „Der Gelderwerb erniedrigt den Arzt in den Augen des Publikums und lässt so das nötige Zutrauen nicht aufkommen". Ganz allgemein vorweggesagt, weist die neue Zeit auch neue Formen und Bahnen. Im Altertum wurde bei Griechen und Römern ein Unterschied zwischen Hand- und Geistesarbeit gemacht und letztere nicht nach Geldeswert taxiert; sie wurde mit einem Ehrengeschenk (Honorarium) belohnt, war also eine freiwillige Leistung. Die spätere Entwickelung ging dahin, auch die geistige Arbeit zu bezahlen; sie erhielt Marktwert bei den Künstlern, Schriftstellern und Gelehrten. Auch bei solchen Berufen, welche mehr oder weniger humanitäre Aufgaben zu erfüllen haben (Geistliche, Lehrer, u. a.), galt und gilt die Bezahlung nicht als unschicklich, den Empfänger herabwürdigend. Warum sollte nun gerade der Aerztestand die alleinige Ausnahme dauernd bilden! Müssen übrigens doch auch die Aerzte, denen die Fama von jeher

gern eine gewisse Wohlhabenheit, leider oft ohne Grund, nachredete, von ihrer Arbeit leben; und diese nackte Tatsache sollte alle prinzipiellen Erörterungen über Honorierung der Aerzte ein für allemal ausschliessen. Es mag gar manchen Arzt noch unangenehm berühren, dass seine Tätigkeit zur Lohnarbeit geworden ist und taxiert wird, ändern kann dies an der Tatsache nichts. Und am richtigsten ist es darum, wenn Aerzte und Publikum, Staat und Behörden die letzten Konsequenzen daraus ziehen. Der veränderten Anschauung hat in einigen Staaten der Gesetzgeber Rechnung getragen durch Abschaffung einiger Privilegien der Aerzte, z. B. der bevorrechtigten Forderung des Arzthonorars bei Konkursen. Die sozialen Theoretiker verlangen nun zwar nicht Abschaffung des Arzthonorars überhaupt, sondern Ersatz der in der Höhe des Anspruchs mitunter sehr wechselnden Bezahlung durch die Einzelhonorierung in dem Privatverhältnis durch eine fixe Besoldung auf Kosten der Gesammtheit. H. untersucht nun weiter, ob wirklich die Ausübung der pro Krankheitsfall bezahlten Privatpraxis den Arzt in den Augen der Bevölkerung erniedrigt und das Vertrauen zwischen Patient und Arzt, ohne welches die Tätigkeit des letztern nie fruchtbar sein kann, hindert und erschüttert. Seine Darlegungen sind wert, im Original nachgelassen zu werden; ihre Wiedergabe auch nur im Auszug würde den Rahmen gemessener Beschränkung im Referat überschreiten. Grundsätzlich ist der Arzt wesentlich Vertrauensmann des Volkes, ein Diener der Allgemeinheit. Staatsärzte würden aber gelegentlich doch sehr unter dem Misstrauen zu leiden haben, welches das Volk dem Staatsbeamten deswegen entgegenbringt, weil eben letzterer nur zu häufig nicht Diener des Volkes, sondern sein Herr sein will. Selbst zugegeben, dass ein staatlicher Arzt mehr Interesse der allgemeinen Volksgesundheit entgegenbringt als der frei praktizierende, so kann andererseits nicht behauptet werden, dass ein Arztbeamter als solcher dem Publikum besser dient und dadurch ein grösseres Zutrauen sich erwirbt als der Privatarzt. Den Gesunden wird ersterer besser dienen, aber damit noch nicht unbedingt dem Kranken bessere Hülfe bringen; und darauf kommt es doch vor allem an. Wenn sich übrigens die Befürworter des Staatssystems auch darauf berufen, dass sich die Verstaatlichung in andern Berufen bewährt hat, so beweisst dies noch gar nichts für die ärztliche Praxis. Wenn nicht das Arbeitsfeld ganz genau lokal abgegrenzt würde, was ja praktisch unmöglich und nur mit dem Aerztezwang, den übrigens wohl alle Aerzte unisono ablehnen, verbunden sein könnte, so hätte für die gleiche Bezahlung der eine das mehrfache zu tun und würde sich in kürzerer Zeit aufreiben. H. bespricht weiterhin die Besoldungs- und Anstellungsfrage der Staatsärzte, deren Kreierung das Vertrauensverhältnis zum Publikum nicht sichern und steigern könnte. Man wird sich allgemein entschliessen müssen, die Konsequenzen der veränderten modernen Anschauungen zu ziehen und an Stelle des früheren mehr patriarchalischen Verhältnisses zwischen Aerzten und Patienten ein mehr kaufmännisches zu setzten, unter möglichster Verminderung aller Reibungskoeffizienten.

4. Grund. „Der Gelderwerb der Privatpraxis hindert die Professoren an der normalen Förderung der Wissenschaft und der regulären Erfüllung ihrer Lehrpflichten". Schbankow weist darauf hin, dass viele Professoren auf Rechnung ihrer Lehrpflicht ausgedehnte Privatpraxis, besonders auch nach auswärts, betreiben, die Vorlesungen durch ungebührlich verlängerte Ferien oder durch öftere Unterbrechungen, einschränken, die Ambulatorien den Assistenten zur Besorgung überlassen u. a. m. Demgegenüber betont H., dass die geschilderten Unzuträglichkeiten doch wohl nicht derart allgemein vorkommen, dass eine Pflichtvergessenheit und persönlicher übermässiger Erwerbssinn der Professoren daraus deduziert werden könnte. Ich glaube mich bei diesem Punkte als einem die Allgemeinheit der Aerzte und deren Realisation zum Publikum weniger interessierenden einer breiten Referierung enthalten zu dürfen.

5. Grund. „Der Gelderwerb der Privatpraxis hindert die Durchführung der durch die soziale Hygiene geforderten

Massnahmen". Auf hygienischem Gebiete kann noch ein mehreres als bisher geschehen; aber nicht alle Aerzte zeigen dafür das nötige Interesse. Daran ist aber nicht der Erwerbssinn der Aerzte, sondern andere Ursachen vornehmlich schuld, wobei eine Verstaatlichung der Aerzte und die Ausschaltung der unmittelbaren Regulierung der Honorarverhältnisse zwischen Aerzten und Patienten keine Abhülfe bringen würde. Gehören theoretisch auch Hygiene und persönliche Krankenbehandlung zusammen, so macht sich doch in praxi eine Scheidung nötig. Dann wollte man die prakt. Aerzte mit den Aufgaben der Gesundheitsorgane beladen — an eine Abschaffung der besondern Amtsärzte und an die Uebertragung ihrer Funktionen an die Gesamtheit der prakt. Aerzte kann jedoch ernstlich Niemand denken! —, so würden sie für ihre besondere Aufgabe als Helfer der Kranken an Einfluss verlieren.

H. zieht das Facit aus seiner Studie wie folgt: Die von dem russischen Aerztekongress durch den Mund des Dr. Schbankow gegen die freipraktizierenden Aerzte erhobenen Anschuldigungen und die dem freien ärztlichen Erwerbssystem zuerkannten Nachteile sind, wenigstens für mitteleuropäische Arztverhältnisse, stark übertrieben; zuzugeben ist, dass eine Minderzahl von Aerzten mehr als gut dem Materialismus Tribut zahlt. Die Krankenversicherung, auf breitester Basis aufgebaut, muss vom Staate direkt oder indirekt gefördert werden; in das direkte Lohnverhältnis zwischen Arzt und Patient ist mehr Offenheit und kaufmännische Regelung zu bringen. Die von mancher Seite geforderte Verstaatlichung des ärztlichen Berufs ist kein Heilmittel für Beseitigung der dem Privatarztsystem anhaftenden Missstände, die Einführung des Staatsarztsystems weder wünschenswert noch nötig! C. Ingenkamp.

Referate und Kritiken.

Therapeutische Technik für die ärztlich Praxis. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende. Herausgegeben von Prof. Dr. Julius Schwalbe. Erster Halbband. Mit 290 Abbildungen. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1906. 352 S.

Wenn je für ein medizinisches Handbuch ein dringendes Bedürfnis existierte, so trifft dies in vollstem Masse für das vorliegende Handbuch der therapeutischen Technik zu, und es war ein glücklicher Gedanke des Herausgebers, mit Hilfe einer Reihe der bedeutendsten Autoritäten wie Czerny, Fritsch, Hoffa, v. Strümpell u. a. die Bearbeitung dieses so wichtigen und in allen medizinischen Hand- und Lehrbüchern mehr wie stiefmütterlich behandelten Gegenstandes in Angriff zu nehmen. In den Lehrbüchern findet sich zwar meistens angegeben, was therapeutisch zu geschehen hat, nicht aber, falls es sich um physikalisch-therapeutische Massnahmen handelt, wie dieselben ausgeführt werden müssen, ein Mangel, der in der Neuzeit, die fortwährend neue Apparate und Instrumente hervorbringt, ganz besonders unangenehm von dem praktischen Arzte empfunden wird. Will derselbe nicht vollständig vom Spezialisten abhängig werden, muss er sich die Grundzüge der modernen Technik zu eigen machen, und ihm hiebei behilflich zu sein, bezweckt das obige Werk. Es wendet sich daher nur an den praktischen Arzt und Studierenden, wodurch es sich wesentlich von bereits erschienenen ähnlichen Handbüchern unterscheidet. Wenn auch einzelne Massnahmen erläutert und beschrieben sind, die für den Durchschnittspraktiker nicht erreichbar sind, so setzt sich damit das Werk doch nicht in Widerspruch mit dem Gesagten, da es ein unbedingtes Erfordernis ist, dass der moderne Arzt von allen therapeutischen Methoden eine volle Kenntnis besitzt, selbst wenn die Aus-

führung derselben für ihn zu schwierig ist. Andererseits sind auch die scheinbar einfachsten Handgriffe beschrieben, da die Erfahrung gelehrt hat, dass dieselben oft genug unvollkommen und unrichtig ausgeführt werden.

Aus dem reichen Inhalt des vorliegenden ersten Halbbandes können naturgemäss nur die Hauptabschnitte hervorgehoben werden. Hoffa führt mit den drei ersten Kapiteln: **Technik der Massage, Technik der Gymnastik und Technik der mechanischen Orthopädie,** in das Werk ein. Das wichtige Kapitel über **Technik der Hydro- und Thermotherapie** hat durch den leider zu früh verstorbenen Oswald Vierordt eine ausgezeichnete Bearbeitung erhalten, die Beschreibung der **Technik der Radiotherapie** ist H. E. Schmidt (Berlin) zugefallen, der sich seiner Aufgabe trotz des verhältmässig geringen Raumes (43 S.), der ihm hiezu zu Gebote stand, in trefflicher Weise erledigt hat. Das Kapitel enthält die Behandlung mit Röntgenstrahlen, Radium, Finsen-, Eisen- und Quecksilberlicht sowie die therapeutische Anwendung der Wärmestrahlen. Das 6. Kapitel handelt von der **Technik der Arzneibereitung und Arzneianwendung incl. Arzneiliche Trink- und Badekuren** und hat Prof. Kobert zum Verfasser. Es ist dieses Kapitel nach Ansicht des Ref. das einzige, welches, ohne dem Werte des Werkes Eintrag zu tun, hätte wegbleiben können, einmal da dasselbe mit der therapeutischen Technik eigentlich nicht in direktem Zusammenhang steht, und zweitens in allen Lehrbüchern der Pharmokologie schon zur Genüge und mit noch grösserer Ausführlichkeit behandelt wurde. Man vergleiche nur Kobert's Arzneiverordnungslehre. Ein besonders wichtiges Kapitel ist das siebente: **Ausgewählte Kapitel aus der allgemeinen chirurgischen Technik** von S. Hildebrand und B. Bosse. Den Schluss des ersten Halbbandes bildet ein Abschnitt über **Therapeutische Massnahmen am Auge von Eversbusch.**

Der Text, der sich durch klare und präzise Schreibweise auszeichnet, wird durch eine grosse Anzahl trefflicher Abbildungen ergänzt. Die Ausstattung des Werkes seitens des Verlegers ist eine vorzügliche. Es handelt sich hier um ein ganz ausgezeichnetes Buch, das nicht warm genug empfohlen werden kann.

Ludwig Pincus: **Atmokausis und Zestokausis.**. Die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynäkologie. Zweite verbesserte Auflage. Mit 33 Textfiguren und 5 Tafeln. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden 1906.

Die zweite Auflage dieses Werkes weist eine Reihe wesentlicher Veränderungen und Verbesserungen auf. Ganze Abschnitte, wie die Endometritis gonorrhoica und die Sepsis puerperalis, wurden gestrichen, andere, wie der saprämische Abortus, die Sterilisatio atmokaustica, die Myomblutungen, wurden umgearbeitet; ein neuer Abschnitt zur schnellen Orientierung des vielbeschäftigten Praktikers wurde eingeschaltet, dagegen wurde der Anhang (Chirurgie und Rhinologie) fortgelassen. Die Abbildungen wurden um eine Tafel vermehrt, durch welche an der Hand anatomischer Präparate die fehlerhafte und richtige Technik vor Augen geführt werden. Der Umfang des Buches ist etwas kleiner, dafür aber in der Darstellungsweise präziser geworden, wie überhaupt dasselbe jetzt mehr den Charakter eines Lehrbuches angenommen hat, und mit Recht, da Atmokausis und Zestokausis eine ganz eigenartige Technik verlangen, welche auch von dem Geschicktesten erst erlernt werden muss. Es unterliegt keinem Zweifel, dass auch die vorliegende 2. Auflage ebenfalls so warm aufgenommen werden wird, wie dies bei dem Ersterscheinen des Werkes der Fall gewesen war.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 1. Oktober 1906.

Präsident Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Sitzung um 8½ Uhr.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der vorhergehenden Sitzung vom 4. Juni, welches genehmigt wird.

1. Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten u. s. w.

a) Dr. Sara Welt Kakels: Ein Fall von **Atresia ani cum fistula vestibulari bei einem 3 Jahre und 2 Monate alten Kinde.**

Annie B. wurde am normalen Schwangerschaftsende, ohne Instrumente, geboren; nicht asphyktisch; sie schien gut entwickelt zu sein; die Darmentleerungen waren regelmässig. Die Abwesenheit des Afters wurde erst am achten Tage nach der Geburt entdeckt, als die Hebamme dem Kinde ein Klystier geben wollte; trotzdem entwickelte es sich sehr gut und hat bisher keine Krankheit durchgemacht, abgesehen von einigen leichten Erkältungen. Die Darmentleerungen sind willkürlich, periodisch und schmerzlos; mitunter besteht leichte Konstipation.

Status praesens: Das kleine Mädchen ist für ihr Alter gut entwickelt. Organe des Thorax und Abdomens sind normal; anderweitige kongenitale Missbildungen, welche mitunter die Atresia ani komplizieren, sind nicht vorzufinden. Die Besichtigung der äusseren Genitalien zeigt wohlgebildete grosse und kleine Schamlippen. Keine Andeutung einer Afteröffnung; doch findet sich an Stelle des Aftereingangs eine leichte Grube. Die Entfernung vom Coccyx bis an die hintere Kommissur beträgt 1¼ Zoll. In dem Raum zwischen hinterer Kommissur und Scheideneingang befindet sich eine kleine Oeffnung; durch dieselbe kann ein dicker Katheter oder die Kleinfingerkuppe leicht in den Darm geführt werden. Der kurze Fistelgang scheint von Schleimhaut ausgekleidet zu sein, welche direkt in die Schleimhaut des Vestibulums übergeht. Es gehen keine Faeces durch die Scheide ab.

Für die Erklärung der Entstehung dieser Missbildung müssen wir die Embryologie zu Hilfe nehmen.

In der vierten Woche des Foetallebens geht der Enddarm in die Allantois über und bildet mit ihr eine U-förmige Röhre; die beiden Schenkel dieser Röhre werden durch eine Gewebsschicht getrennt, das sogenannte Septum Douglasii; dasselbe vereinigt sich mit dem ihm von unten entgegenwachsenden Darm und bildet mit ihm eine den Geschlechts- und Darmtrakt trennende Scheidewand. Die Bildung derselben fällt in die 7. bis 10. Woche, während die Formation der Kloake in die fünfte Woche fällt.

Die Bildung der Atresia ani pflegte man dadurch zu erklären dass die ektodermale Einstülpung nicht stattfindet, während die kongenitalen Fisteln als Reste der Kloake gedeutet wurden. Auf Grund eingehender Studien verwirft Frank die Theorie der Hemmungsbildung und nimmt an, dass die Kommunikation der Kloake mit dem Enddarm immer zu Stande kommt, dass aber nachträglich während des foetalen Lebens Verwachsungen an dem Mastdarmrohre auftreten, mit Vorliebe am Anus und da, wo das Ektoderm in das Entoderm übergeht. Als Ursache der Obliteration wird unter anderem foetale Peritonitis, Syphilis und Intussusception angenommen; entschiedenen Einfluss scheint auch Erblichkeit zu haben.

Die äussere fistulöse Ausmündung des Darmes, in unserm Falle, in das Vestibulum, erklärt sich als Unregelmässigkeit bei der Formation des Dammes. Derselbe ensteht bekanntlich aus zwei Höckern, den sogenannten Analhöckern, welche sich zu beiden Seiten der Genitalspalte erheben;

zwischen denselben befindet sich eine oberflächliche Rinne, welche nach hinten in den Anus, und nach vorne beim Weibe in das Vestibulum ausmündet. Unter normalen Verhältnissen schliesst sich diese Rinne in der Raphe des Dammes: verwächst aber der Anus, so kann die Rinne offen bleiben und sich zu einem Rohr umgestalten, welches hinten mit dem Mastdarm kommuniziert und nach vorn beim Weibe in den Damm oder die Vulva ausmündet.

Diskussion. Präsident Dr. J. A. Schmitt: Liegen genaue Beobachtungen vor, wie sich der Sphinkter in diesen Fällen verhält?

Dr. Sara Welt Kakels: Ich habe bei der digitalen Untersuchung das Gefühl gehabt, als ob der Sphinkter sich um die Fingerkuppe kontrahieren möchte. Aehnliche Beobachtungen von Vorhandensein eines Sphinkters bei Atresia ani vestibularis finden sich in der Literatur vor.

Praktisch käme in Betracht, ob in unserem Falle gegenwärtig eine Operation angezeigt wäre. Das Kind ist gut entwickelt, und erfreut sich vollkommener Gesundheit. Doch könnte man daran denken, dass eventuell eine Infektion der Harnröhre und Harnblase vorkommen könnte.

b) Dr. Sara Welt Kakels: **Beschreibung eines Foges's chen Kolpo- und Proktoskops.**

2. **Vorträge.**

Dr. F. E. D'Oench: **Ueber die künstliche Reifung des Stars.**

Diskussion. Dr. H. Knapp: Durch die Diszission und auch durch die Massage in der vorderen Kammer werden wohl die vorderen Schichten der Kristalllinse gereift, aber die hinteren bleiben unvollkommen getrübt. Wenn man in diesem Stadium operiert, so bekommt man die Linse nicht hinreichend heraus. Man muss dann warten und ungünstige Nachstare diszindieren. Man gewinnt nicht viel Zeit für seinen Patienten. Ich warte daher die natürliche Reife ab, bei welcher man unter günstigen Bedingungen operiert. In Ausnahmen zwingen die Verhältnisse der Patienten zu der künstlichen Reifung. Der Fall, auf welchen sich Dr. D'Oench stützt, und welchen ich während der Heilung verfolgt habe, ist allerdings eine glänzende Ausnahme. Der Erfolg ist ideal, aber das Ideale sieht man nicht häufig.

Dr. Rud. Denig: Ich habe mich immer der Förster'schen Methode bedient und immer gute Resultate von ihr gesehen. Ich mache aber Iridektomie. Bahr in Mannheim macht die Extraktion nach der künstlichen Reifung gewöhnlich am fünften Tage. Er wartet also nicht vier Wochen und behauptet ausgezeichnete Resultate zu haben. Von sonstigen übeln Zufällen habe ich weder während noch nach der Operation bei der Reifung mit Iridektomie nach Förster je etwas bemerkt. Einmal allerdings sah ich Drucksteigerung und Hornhauttrübung, die rasch vorüber gingen.

Dr. Guttman: Ich glaube nicht, dass die Operation grosse Fortschritte machen wird, denn ich glaube nicht, dass sich häufig Gelegenheit dazu bieten wird. Ich kann mir nicht gut denken, dass der Erfolg der Massage der Linse bei intakter Hornhaut ein sehr grosser sein kann, da die Hornhaut sich nicht in dem Masse eindrücken lässt, dass noch genug Druck übrig sein soll, um durch dieselbe auf die Linse einzuwirken, sodass diese Art Reifung jedenfalls mit grossen Schwierigkeiten und Gefahren verbunden sein kann. Sonst ist die Reifung nur in zwei Fällen angebracht. Zunächst bei Myopie, und da ist die Diszission eher angezeigt. Zweitens in den Fällen, wo die Linsen beider Augen halb reif sind und man rascher operieren möchte. Und da könnte man ganz gut auch halbreife Katarakte operieren und dann durch Ausspritzung und Aufsaugung ebensogut zum Ziel kommen, ohne dass man künstliche Reifung dazu zu benutzen braucht.

Dr. Max Talmey: Ich mache gewöhnlich die Staroperation mit präparatorischer Iridektomie und finde, dass das genügt, um den Star zu reifen. In einem Fall habe ich ausserdem die Förster'sche Methode angewandt, und musste drei Monate war-

ten, bis der Star reif war. Im allgemeinen finde ich aber, dass die Iridektomie ausreicht, um den Star reif zu machen.

Dr. R. Denig: Ich möchte noch einmal eine Lanze für die Förster'sche Reifung brechen. Ich habe die Operation in den letzten zwei Jahren mindestens zehnmal ausgeführt, gewöhnlich innerhalb kurzer Zeit eine absolute Reifung erzielt, und die Extraktion des Stars, die ich in der Regel nach vier Wochen vornahm, ging ohne irgend welche Zufälle glatt von statten. Das Resultat war immer gut. Hier und da etwas Nachstar. Die Frage, ob er nach künstlicher Reifung ebenso häufig vorkommt wie ohne künstliche Reifung, ist unentschieden.

Was das Bedenken anlangt, dass die Massage Schwierigkeiten hervorrufen kann, so kann ich nur sagen, dass ich die Massage immer glatt ausführen konnte. Wenn sich während der Massage die vordere Kammer wieder etwas schliesst, was vorkommen kann, so lüfte ich etwas die Wundlefzen. Unter Umständen tauche ich auch das Knie meines Schielhakens in physiologische Kochsalzlösung, so dass die Hornhaut während der Massage nicht trocken werden kann, um keine Erosionen zu bekommen, mache dann Verband, gebe einen Tropfen Atropin und finde oft nach 24 Stunden, manchmal nach ein paar Tagen, vollständige Trübung. In einzelnen Fällen ist sie erst nach 4—5 Wochen eingetreten.

Dr. F. E. D'Oench (Schlusswort): Ich glaube, Herr Dr. Guttman ist im Irrtum begriffen. Nach der Methode, die ich besonders hervorhob, wird mit der Sonde direkt auf der Linse gerieben, nicht auf der Hornhaut. Es ist viel schwieriger, von aussen irgend welche Trübung zu erreichen. Was die Iridektomie betrifft, so ist das eine Frage, die nicht hierher gehört. Aber ich operiere, wenn möglich, ohne Iridektomie, wenn die Iris in gutem Zustande ist.

b) Dr. A. Rose: **Physiologie und Pathologie der Bauchmuskeln.**

(Ist in der Oktobernummer ds. Monatsschr. als Originalarbeit erschienen.)

Diskussion. Dr. M. I. Knapp: Ich bedaure, dass ich nicht früh genug zum Vortrag gekommen bin, aber Dr. Rose wird wahrscheinlich auch über den Heftpflasterverband gesprochen haben, und wenn das der Fall, so möchte ich sagen, dass dieser hier in der Stadt gar nicht genug gewürdigt wird. Es dauerte auch bei mir ziemlich lange, bis ich mich dazu bekehren konnte, aber jetzt kann ich aus eigner Erfahrung sagen, dass es ganz sicher ist, dass er gut tut. Ob meine Erklärung dafür genau mit der Ansicht von Dr. Rose übereinstimmt, das weiss ich nicht. Die Herren sollten besser das Palpieren verstehen, um die prolabierten Organe besser fühlen und den Verband gebrauchen zu können. Ich habe z. B. jüngst eine Frau behandelt, die ich auch hier und in anderen Gesellschaften vorstellen wollte. Sie ist etwa 73 Jahre alt. Sie hatte einen sehr hoch aufgetriebenen Leib und, was mir zum 3. oder 4. Mal vorkam, absoluten Prolaps der ganzen Leber. Dieser Seltenheit wegen wollte ich sie vorstellen. Ich erinnere mich nur, zwei Fälle in Berlin gesehen zu haben und zwei oder drei Fälle in New York. Ich wusste nicht, was ich eigentlich mit dieser Leber tun sollte. Da fiel mir das Rose'sche Heftpflaster ein, das ich gebrauchte. Vor ungefähr 6 oder 7 Wochen bin ich wieder zu dieser Frau gerufen worden, aber es war kein Prolaps der Leber mehr da. Wie das nun geschieht, weiss ich nicht; es scheint ein Wunder zu sein. Ich habe selbstverständlich neben dem Heftpflasterverband vollständige Ruhe verordnet: die Frau musste 2—3 Wochen vollständig ruhen. Diese Ruhekur habe ich schon früher in vielen anderen Fällen vorgenommen, und zwar mit grösstem Erfolg, bei Nephroptose.

Ich habe jetzt einen Fall von Nephroptose in Behandlung unter Heftpflaster. Die Niere, die ganz prolabiert war, ist es nicht mehr; ich kann sie nicht fühlen. Ich glaube nicht, dass dieser Heftpflasterverband die Muskulatur wieder besser machen kann, aber wir erzielen damit, dass der intraabdominale Luftdruck vergrössert wird

und dies die prolabierten Organe, wenn der behandelnde Arzt sie an ihren Platz zurückbringt, dort festhält. Tatsache ist, dass Nephroptose und Hepatoptose geheilt worden sind ebenso gut, wie es nur irgend eine Operation tun würde.

Ich glaube daher, dass es einmal Zeit wäre, dass Dr. Rose alle die Herren, die mit dem Heftpflasterverband Erfahrung haben, zusammenriefe, um gemeinsam darüber zu besprechen. Das würde der allgemeinen Medizin von Nutzen sein.

Dr. Rose (Schlusswort): Die Geschichte, die ich Ihnen vorlas, ist einer interessanten Dissertation entnommen; der Titel ist Ch. Jo. von Scherer (Reg. Ord. civil merit. eques Stuttgardtianis), Historia morborum, qui in expeditione contra Russiam anno 1812 facta legiones Wuerttembergicas invaserunt, praesertim eorum, qui frigore onti sunt. Diese Dissertation wurde von mir in deutscher Uebersetzung in der „New Yorker Medizinischen Monatsschrift", Jahrgang 1892, wiedergegeben. Auf die Anfrage Dr. Talmeys, in welchem Zusammenhang diese Geschichte mit meinem Thema steht und ob die Soldaten während jenes Feldzuges an Atonie der Bauchmuskeln gelitten, möchte ich erwiedern, dass das alles eigentlich selbstverständlich ist. Bei allgemeiner Erschlaffung unter den geschilderten Umständen litten die Soldaten natürlich auch an Atonia gastrica, und der Bericht von Scherer zeigt, wie der Tonus der Muskeln durch zentralen Nerveneinfluss gehoben wurde.

Dr. Knapp's Bemerkungen haben mich sehr erfreut. Es ist dies die einzige Stimme der Anerkennung, die laut geworden ist, aber das wundert mich nicht, denn wenn man eine neue Wahrheit vorbringt, findet man wenig Teilnahme. Neue Beobachtungen so lange zu bezweifeln, bis sie wissenschaftlich, also in einer Weise konstatiert sind, die jeden Zweifel ausschliesst, das ist das Recht jedes ernsthaften Forschers. Die Zweifelsucht aber, der man meist begegnet, hat einen ganz anderen Charakter: Sie besteht bei Manchen darin, dass sie alles verwerfen, was nicht in ihr System passt. Diese Zweifler sind am schwersten zu bekehren, denn sie nehmen von Tatsachen, die ihren Ausschauungen widersprechen, nicht einmal Kenntnis.

Wenn ich über den Heftpflasterverband vor dieser Versammlung nochmals sprechen wollte, so musste ich gewärtig sein, verspottet zu werden. Manche von Ihnen werden sich eines solchen Vorkommnisses erinnern. Ein Kollege teilte mit, dass meine Patienten zu ihm kämen, um sich über meinen Verband zu beschweren, er könne jedoch nichts dagegen tun, wenn es Leute gäbe, die sich die Anlegung des Verbandes gefallen liessen. Ein anderer Kollege, Mitglied dieser Gesellschaft, Befürworter der Nephropexia — sans phrase —, wie der Abgeordnete sich ähnlich ausdrückte als man über Ludwig XVI. zu Gesicht sass, rief mir mit sehr lauter Stimme im Foyer der New Yorker Academy of Medicine zu, so dass jeder der vielen Amerikaner, die mit ihren Garderobe-Checks herumstanden, es hören mussten: Ich habe ihren Verband angelegt und das Resultat war entsetzliches Ekzem. Selbstverständlich muss man in der Anlegung des Verbandes geübt sein; wenn man das richtige Material gebraucht und ihn richtig anlegt, so kommt Ekzem fast nie vor. Welche weitgehende Bedeutung der Verband hat, wird die Zukunft lehren.

Ich habe absichtlich keine Krankengeschichten vorgebracht, ich wollte vor allen Dingen das theoretische hervorheben, doch da noch viel Zeit übrig ist, so will ich einige Mitteilungen über Erfahrungen mit dem Heftpflasterverband bei Gastroptosie vorbringen.

In meiner Klinik im Post Graduate behandelte ich eine Frau, die seit fünf Jahren an hypertrophischer Lebercirrhose, seit ein und ein halb Jahren an schwerem Ikterus litt. Sie war von sehr bekannten Kollegen behandelt worden. Nach Anlegung des Heftpflasterverbandes besserte sich ihr Zustand auffallend, besonders bemerkenswert war die bessere Verteilung der Gewebsflüssigkeit, der vorhandene Aszites verschwand. Ich kann nicht be-

weisen, dass die Besserung, die eingetreten und die jetzt sechs Monate angehalten hat, dem Verband allein zuzuschreiben ist, dergleichen würde wohl erst gestattet sein, wenn mehr Fälle dieser Art beobachtet worden wären, allein ich will den Anfang machen, indem ich diesen Fall berichte, auf die Möglichkeit des günstigen Einflusses des Heftpflasterverbandes bei krankhafter Verteilung der Flüssigkeit in den Geweben des Bauches aufmerksam zu machen. Tatsache ist, dass der Zustand der Patientin unter der Behandlung mit dem Verband sich in auffallender Weise gebessert hat und zwar permanent bis jetzt ein besserer geblieben ist, der Urin ist allmälig frei von Gallenfarbstoff geworden.

Etwas ganz anderes ist es, wenn ich von der Behandlung mittels Heftpflasterverbandes bei Chololithiasis spreche. (Ich bin gewöhnt, dass mir die Redakteure medizinischer Zeitschriften diese allein richtige Schreibweise in Cholelithiasis umwandeln, selbstverständlich habe ich mich bei der Redaktion unserer Monatsschrift hierüber nicht zu beklagen.) Ich könnte Ihnen zahlreiche Fälle mitteilen in denen erstens die Gallensteinkolik prompt verschwand, sobald der Verband angelegt war und in denen seit Jahren das vorher habituelle Auftreten solcher Kolik nicht wieder eingetreten ist, solange der Verband von Zeit zu Zeit, und zwar bei den ersten Anzeichen von gastrischen Störungen, angelegt wurde.

Eine Dame von 65 Jahren, korpulent, hatte seit Jahren öfter Gallensteinkolik, gefolgt von schwerem Ikterus und sehr ernsten Allgemeinstörungen gehabt. Operation war stets von ihr entschieden verweigert worden. Vor zwei Jahren kam sie in meine Behandlung; sie hatte damals noch Ikterus und erhebliche gastrische Störungen. Seit Anlegung des ersten Verbandes am 10. August 1904 besserte sich ihr Zustand sehr bald und blieb gut. Nachdem ich am 6. September meinen Verband abgenommen, legte sie sich einen selbstverfertigten an, der eine Zeit lang gute Dienste zu tun schien. Im Februar 1905 traten wieder alle Beschwerden, Kolik, Ikterus und Gastritis auf. Ich will nicht hier die ausführliche Krankengeschichte geben, weil ich die Einzelheiten nicht im Gedächtnis habe, das wesentliche derselben ist, dass die Kranke ausgefunden hat, dass sie sich wohl befindet, solange sie den Heftpflasterverband trägt und dass Gallensteinbeschwerden schlimmster Art zurückkehren, wenn sie mehrere Wochen keinen solchen Verband gehabt hat. Sie ist seit einem Jahre daran gewöhnt, etwa alle zwei Monate sich von mir verbinden zu lassen. Ihr Befinden ist dabei ein sehr gutes. Im Sommer geht sie täglich ins Seebad nach Coney Island, im Winter besucht sie bei einigermassen günstigem Wetter ebenfalls täglich diese Insel, um die Seeluft zu geniessen. Aber dies ist nur eine von vielen Krankengeschichten, die ich mitteilen könnte. In einem Fall war die Operation beschlossen, die Kranke kam zufällig in meine Klinik, um Erleichterung zu bekommen, bis sie bereit sein würde ins Hospital sich aufnehmen zu lassen. Der Verband brachte ihr so anhaltende Erleichterung, dass sie gar nicht mehr an die Operation erinnert wurde. Sie stellte sich mehrmals in Zeiträumen von sechs Monaten vor, um mir mitzuteilen, dass sie sich noch immer wohl befinde. Hier war nur ein einziger Verband angelegt worden, es war dies vor drei Jahren. Noch immer höre ich durch andere Patienten, die sie mir geschickt, dass es ihr gut gehe.

Dass der Heftpflasterverband bei Chololithiasis gute Dienste leisten kann, ist eine Tatsache, die nicht aus der Welt zu schaffen ist, schwierig scheint es mir jedoch, der neuen Methode Eingang zu verschaffen. Bis jetzt hat sich ausser mir noch Niemand dazu bekannt.

Gestatten sie mir nochmals zu wiederholen, was ich auch schon bei anderer Gelegenheit gesagt: Der Heftpflasterverband aus dem geeigneten Material angefertigt und richtig angelegt wird gut ertragen, die Patienten sprechen sich enthusiastisch über die wohltätige Wirkung desselben aus und

die Fälle in denen die Haut so empfindlich ist, dass man das Pflaster vor der Zeit, d. h. ehe fünf Wochen verstrichen sind, abnehmen muss, gehören zu den seltenen Ausnahmen.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Es sind noch zwei Briefe eingelaufen. Der eine ist von der Medical Society of the County of New York und ladet unsere Gesellschaft zu einer Konferenz ein, die am 15. November abgehalten werden soll, um Mittel und Wege gegen die Quacksalberei zu beraten.

Die Versammlung ernennt Herrn Dr. A. Rose zum Vertreter der Gesellschaft auf dieser Konferenz.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Der andere Brief ist vom Deutschen Sprachverein und bittet uns, einen Delegaten zu einem Komitee zu wählen, das die Veranstaltung einer Feier für Prof. Kühnemann beraten soll.

Die Versammlung beschliesst, dass der Präsident die Gesellschaft bei dieser Beratung vertrete.

Hierauf tritt Vertagung ein.

Dr. John A. Beuermann,
Protokoll Sekretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

Sitzung vom 23. November 1906.

1. Dr Sara Welt-Kakels zeigt ein Kind, bei dem eine **Fistel vom Rektum bis zum Vestibulum** verläuft.

2. Bei Dr. Torek's Fall wurde eine **Amputatio interscapulo-thoracica** wegen Sarkoms vorgenommen. Trotzdem der Tumor grösstenteils aus jauchigen Massen bestand, erfolgte eine glatte Heilung. Die Patientin hat leider ein Rezidiv in der Umgebung der Narbe.

3. Dr. Freudenthal bespricht zwei interessante Fälle von **Hydrorrhoea nasalis.** In einem wurde die Killian'sche Operation für Empyema sinus frontalis chronic. vorgenommen.

4. Dr. Willy Meyer's Fall zeigt glatte Heilung mit ausgezeichneter Funktion nach Resektion des Schulter und Ellenbogengelenks wegen Tuberkulose.

5. Dr. Gleitsmann demonstriert einen Fall von **schwerer Larynxtuberkulose** bei einem 27jährigen Mädchen, der sich durch enorme Infiltration der Arytaenoidalgegend, besonders links auszeichnet.

Patientin fühlte bis Mitte März vollkommen gesund, bekam dann leichte Halsschmerzen, die bald verschwanden, aber im April wiederkehrten und von Schluckschmerzen begleitet waren. Die letzteren verliessen sie nicht mehr und wurden auch während eines längeren Sommeraufenthaltes nicht besser.

Da dieselben im Oktober zunahmen und die Patientin auch an Gewicht verlor, wurde sie von einem Kollegen mir zugeschickt und meiner Behandlung überwiesen. Beim ersten Besuche 2. November fand ich ein kräftiges, wohl aussehendes Mädchen, und ergab die Untersuchung der Lungen absolut negativen Befund. Patientin hustete sehr wenig, hatte kein Fieber und ausser Heiserkeit und Dysphagie keine Beschwerden.

Der Larynxbefund jedoch war so ernst, dass ich eine Behandlung in der Office ablehnte und sie ins Deutsche Hospital schickte. Die Schwellung des linken Giesskannenknorpels war so intensiv, dass sie eine Inspektion des Larynx selbst unmöglich machte, ausserdem war eine geringe Infiltration des rechten Knorpels und des Epiglottisrandes vorhanden. Es war zu befürchten, dass bei irgend einer lokalen Applikation ein Glottiskrampf eintreten möge, der die Tracheotomie benötigte, wozu das Hospital der einzig richtige Platz war.

Eine chirurgische Behandlung mittelst Exzision war bei der enormen Infiltration wegen der Unmöglichkeit, alles Krankhafte zu entfernen, ausgeschlossen, und erwartete ich, wie in früheren Fällen, einen günstigen Einfluss von Parachlorphenol-Lösungen in

Glyzerin. Dieselben wurden in Zwischenräumen von 8 bis 10 Tagen gemacht, und war jedesmal nach Abstossung des Schorfes eine Abnahme der Infiltration zu beobachten. Jetzt zum ersten Mal gab das Sekret, nach Abfallen des Schorfes mit steriler Watte entnommen, Tuberkelbazillen.

Es ist die Absicht, wenn die Infiltration noch kleiner geworden, Galvanopunktur vorzunehmen, von der in den letzten Jahren günstige Erfolge berichtet worden sind.

6. Dr. Manheimer stellt eine 21jährige Patientin mit **metastatischen Lungensarkomen** vor. Dieselbe kam im Oktober 1902 unter Beobachtung im Mount Sinai Hospital wegen einer Geschwulst in der rechten Schulterblattgegend, welche seit mehreren Wochen bestand, die ganze Knochenplatte einnahm und als bösartig und inoperabel erschien. Die Patientin wurde mit Röntgenstrahlen sowie mit Einspritzungen von Coley'scher Flüssigkeit behandelt. Im Januar 1903 sistierte man die Röntgenstrahlen, weil man die auffallende Besserung des Zustandes dem Coley'schen Serum zuschrieb. Im Februar 1903 war der Tumor teilweise verschwunden, und die vorher erheblich gestörte Beweglichung des Armes wiederhergestellt.

Im Mai 1903 begann der Tumor wieder zu wachsen; jedoch erschien jetzt seine totale Exstirpation möglich. Dr. Lilienthal entfernte die Scapula nebst Akromion und Processus glenoidalis in zwei Zeiten. Der Tumor erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Rundzellensarkom, das in der Spongiosa entstanden war. Oktober 1903 (5 Monate nach der Operation) kein Rezidiv; Beweglichkeit des Armes gut.

Die Frau war während der Jahre 1904 und 1905 gesund, fett und kräftig. Sie heiratete nach Verlassen des Hospitals und hatte ein Kind, das jetzt 2 Jahre alt und vollkommen normal ist.

Anfangs 1906 bemerkte sie eine Anschwellung hinter dem rechten Ohr. Dieselbe wuchs, sodass sie sich am 12. Juli wieder in das Mount Sinai Hospital aufnehmen liess. Man fand damals einen 2 Zoll breiten, weichen, an der Unterlage fest adhärenten Tumor unter und hinter dem rechten Process. mastoideus. Der Allgemeinzustand war gut. Am 17. Juli machte Dr. Elsberg eine Inzision in den Tumor und fand ihn sehr blutreich und fest mit den Knochen verwachsen, der an einer Stelle so rarefiziert war, dass eine Nadel daselbst ins Gehirn eindrang. Es machte den Eindruck, als ob die Geschwulst von der Dura ausgegangen war. Es blieb nichts übrig, als die Schnittwunde wieder zu schliessen. Von Juli bis heute erhielt die Patientin dann ungefähr 30 Applikationen von Röntgenstrahlen auf die Gegend des Tumors, der sich rasch verkleinerte. Vom 20. September bis zum 7. Oktober hörte man mit der Strahlenbehandlung auf und gab 3 Einspritzungen von Coley'scher Flüssigkeit (1—2 m) in die noch zurückgebliebene Tumormasse. Dieselben erzeugten lokale Schmerzhaftigkeit und Anschwellung, sowie Schüttelfrost und Fieber. Die Patientin datiert von da die rasche Verschlechterung ihres Zustandes. Man setzte die Einspritzungen aus und nahm die Strahlenbehandlung wieder auf. Der Tumor verschwand vollständig. Dagegen stellten sich jetzt ein quälender trockener Husten, Kurzatmigkeit sowie zunehmende Schwäche ein. Dies sind jetzt die hauptsächlichen Klagen. Schmerzen hat Patientin nicht.

Status: Starke Blässe der Haut und Schleimhäute. Kurzatmigkeit bei Bewegungen. Herz vom rechten Brustbeinrand bis zur Mamillarlinie, nach oben bis zur 3. Rippe. Herzstoss im 5. und 4. Interkostalraum. Der 2. Ton akzentuiert; an der Spitze ein kurzes systolisches Geräusch. Die rechte vordere Brusthälfte bleibt bei der Atmung etwas zurück.

Rechts vorne oben gedämpft-tympanitischer Schall, der nach abwärts und seitwärts allmählich in absolute Dämpfung übergeht. Dieselbe erstreckt sich nach hinten bis zu einer dem äusseren Schulterblattrand entsprechenden Horizontalen, jetzt eine Narbe. Sonst besteht hinten abnorm lauter bis herab

zum 12. Brustwirbel. Ueber den hellklingenden Partien besteht verschärftes Vesikuläratmen und Stimme sowie mittelblasiges Rasseln, über den gedämpften Partien abgeschwächtes Atmen, Stimme und Fremitus. Links: vorne und hinten abnorm lauter Schall bis zu einer Horizontalen, die vom Schulterblattwinkel bis zum Niveau der Brustwarze zieht. Traube'scher Raum frei. Ueber den hellklingenden Partien ebenfalls verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium, über den gedämpften, abgeschwächtes Atmen, Stimme und Fremitus. An der seitlichen Basis und über der Lingula knarrende Geräusche, hinten an der Basis und im Interscapularraum mittelblasiges Rasseln. Eine Probepunktion wurde bis jetzt nicht gemacht. Keine Dämpfung über dem Manubrium. Das Röntgenbild zeigt tiefe Schatten entsprechend den gedämpften Bezirken. Sputum nicht vorhanden. Kein Fieber. Puls beschleunigt, klein. 45 Prozent Hämoglobin. Abdomen und Becken negativ.

Es handelt sich zweiffellos um Lungenmetastasen. Knochensarkome setzen mit Vorliebe Metastasen in den Lungen, die keine Neigung zu Zerfall zeigen. Prognose schlecht. Behandlung symptomatisch.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 15. März 1906.

Dr. A. Zimmermann (früher 1. Assistent der Strassburger chirurgischen Klinik): **Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Bier'schen Methode.**

Dr. G. Schirmer: a) **Theorie der Bier'schen Methode.** b) **Klebs versus v. Behring in der Tuberkulosetherapie.**

Dr. Gustav Schirmer: Die Möglichkeit einer Heilung der Tuberkulose verspricht uns von Behring. Sollen die praktischen Aerzte unterdessen die Hände in den Schooss legen? Seit 15 Jahren hat der um die Aetiologie der Krankheiten so hochverdiente Professor Edwin Klebs den klinischen Verlauf der Phthisis in mühevollen Untersuchungen so klar dargelegt und die Heilmittel dagegen angegeben, dass es ein Verbrechen ist noch länger zu warten. Eine Verbesserung der Präparate ist zu erhoffen und von Klebs selbst erstrebt. Professor Edwin Klebs hat daher ein historisches Recht, gehört, genannt und verstanden zu werden bei der Frage um die Heilung der Tuberkulose, zumal wenn es sich um Prinzipien handelt, die mit den seinen identisch sind. Trotz allgemeinen Nasenrümpfens hat Klebs den Satz aufgestellt, dass der Tuberkelbazillus das heilende Prinzip enthält — v. Behring behauptet jetzt dasselbe. Dieser Körper, dem Patienten einverleibt, macht immun — v. Behring behauptet jetzt dasselbe. Hat Klebs in diesen grundlegenden Wahrheiten durch die Aeusserungen v. Behring's Recht bekommen, so müssen wir seinen weitere Angaben wenigstens vertrauensvoll entgegentreten. Durch die jetzige Präparation des Tuberkulozidins mit H_2O_2 ist anzunehmen, dass der grösste Teil der Heilsubstanz des Bazillus gewonnen wird. Es heisst Klebs absichtlich missverstehen, würden wir einen Fall von Phthisis nur mit Tuberkulozidin behandeln. Gleichwertig in ihrer Bösartigkeit sind die Begleitformen des Tuberkelbazillus, der von Klebs gefundene Diplokokkus semilunaris und der Bazillus brevis duplex. Beide müssen bekämpft werden. Selenin, Brevin oder, wie es in einzelnen Fällen möglich sein kann, durch passende Einatmungen — meine Meinung. So einfach, wie es nur Laien träumen können, gestaltet sich das Heilverfahren von Klebs nicht. Vergessen darf nicht werden, dass durch die Heilsubstanz leicht zugängliche Bazillen getötet werden — auch ein wichtiger Satz von Klebs — und dass damit alle die giftigen Substanzen frei werden, die eben den giftgen Charakter des Tuber-

kelbazillus ausmachen. Es ist ausserordentlich schwierig, in der Privatpraxis in kurzer Zeit beweiskräftige Fälle zu sammeln. Sehe ich aber ein hartes, offenes tuberkulöses Drüsenpacket durch lokale Einspritzung von Tuberkulozidin und Selenin heilen und dabei nicht behandelte Geschwüre im Rachen verschwinden, sehe ich bei einer Patientin — mit Abnahme der lokalen Befunde auf Wange und Lunge — eine Körpergewichtszunahme von 117 Pfund auf 150 Pfund, sehe ich Patienten, die Herr Prof. Klebs vor 5 Jahren hier behandelt hat, noch gesund, dann kann allerdings eine voreingenommene Kritik meinen Glauben an Professor Edwin Klebs verlachen, aber nicht erschüttern.

Diskussion. Dr. Fr. Mueller: Dr. Zimmermann ist Parteigänger der konservativen therapeutischen Richtung, welche zuerst von Prof. Albert und Prof. Lorenz eingeschlagen wurde. Es hat sich herausgestellt, dass es nicht so sehr die Entlastung der Gelenke als die Immobilisierung ist, welche die besten Resultate gibt. Als in den 80er Jahren viele Frühresektionen gemacht wurden, zeigte es sich, dass oft bei unsicherer Diagnose operiert wurde und dass viele Patienten, welche nicht reseziert werden wollten, schnell spontan heilten. Mit der Bier'schen Methode hat M. nicht genügend Erfahrung, weiss aber, dass Fälle, die anfangs nach Bier gute Resultate gezeigt hatten, später noch operiert werden mussten.

Dr. C. Beck: Alle Methoden leisten etwas unter bestimmten Verhältnissen. Die Bier'sche Methode hat Vorteile an Fuss-, Knie-, Hand- und Ellenbogengelenken, die konservative Methode mehr an den anderen Gelenken. Sie wird auch oft von Laien ausgeführt, so z. B. existiert noch jetzt in der Nähe von Prof. Albert's Geburtsort ein Bauerndoktor, der oft von Albert besucht wurde.

Daran anschliessend erklärt Dr. Klebs, dass zwei alte Damen zu Anfang des 19. Jahrhunderts in Bert sur mer wunderbare Heilungen besonders bei tuberkulösen Gelenkleiden der Kinder durch Freiluftbehandlung erzielten. Ueberhaupt findet er, dass die Chirurgen, namentlich in Chicago, viel zu wenig Beachtung den hygienischen Verhältnissen der Tuberkulose schenken.

Dr. Klebs wird von Dr. Kolischer heftig angegriffen, der darauf hinweist, dass in jedem chirurgischen Lehrbuch immer zuerst die hygienischen Verhältnisse betont seien. Darauf erwidert

Dr. Klebs: Die Vorschriften existieren allerdings, aber es sei Faktum, dass es in jedem Krankenhaus, in dem chirurgische Patienten liegen, stinkt.

Dr. Doepfner: Es haben beide Herren recht. In den Lehrbüchern sind die Vorschriften wohl enthalten, allein die meisten Spitäler haben nicht genug Geld, um eine ausgiebige Ventilation durchzuführen. Die chirurgische Behandlung tuberkulöser Affektionen war früher viel radikaler als jetzt. Obschon D. noch nie ein Kind, das wegen Coxitis reseziert worden war, hatte daran sterben sehen, würde er doch diese Operation nicht vornehmen, bevor er nicht Jodoformemulsion eingespritzt hätte.

Dr. Fischkin hat von der Röntgenbehandlung gute Resultate gesehen. Finsen hat 800 Fälle geheilt, die lange mit anderen Methoden erfolglos behandelt worden waren. Keine Methode wird ausnahmslos gute Resultate geben.

Dr. Zimmermann schliesst die Diskussion. Die Resultate und Erfahrungen der Strassburger Klinik sind deshalb so wertvoll, weil erstens die Patienten ungeheuer anhänglich seien und immer wieder zurückkommen, wenn sie nicht geheilt sind, da ihnen sogar die Reise bezahlt wird und zweitens, weil ferner wegen ihren günstigen finanziellen Lage alle therapeutischen Hilfsmittel, also Land- und Hochgebirgsaufenthalt, zur Anwendung kommen können.

Dr. Lehmann: Ich glaube, wir müssen Herrn Dr. Schirmer dankbar dafür sein, dass er uns einmal etwas anderes vorgesetzt hat als das ewige Einerlei, Operieren oder nicht Ope-

rieren. Vor beinahe 8 Jahren hatte ich Gelegenheit, einem Vortrage des verstorbenen Prof. Samuel in der Königsberger Medizinischen Gesellschaft beizuwohnen. Ich glaube, der Vortragende hat die Sache auch erwähnt. Es handelte sich um Experimente am verbrühten und stark abgekühlten Kaninchenohr Bakterien gegenüber. Samuel bekleidete den Lehrstuhl für experimentelle Pathologie, war ein etwas altmodischer Herr und fand mit seinen Ansichten damals wenig Anklang. Wir fanden die Sache absurd, weil uns die Erklärung dafür fehlte. Die geistvollen Theorien Ehrlich's, Bordet's, Arnheim's u. s. w. waren zum Teil noch nicht geboren, wenigstens nicht Allgemeingut. Und heute, meine Herren, wird von vielen Chirurgen die Bier'sche Stauung bereits für das grösste Geschenk gehalten, das die Chirurgie seit der Zeit der Antisepsis erhalten hat. Wir leben in einer Zeit, in der Entdeckungen schwerer zu machen sind, in der neue bahnbrechende Ideen nicht mehr erfunden werden, sondern das Resultat angestrengten vieljährigen Denkens sind. Man verlangt heute mehr von einem Forscher als die Erfindung eines Darmknopfes, einer neuen Operation oder die Entdeckung eines neuen Bazillus. Die Zeiten der technischen Spielereien sind, Gott sei Lob, im Untergang begriffen. Probleme, die uns heute beschäftigen, sind das Werden, Wachsen und Untergehen der Zelle, und die gleichen Vorgänge in dem grossen Zellenkomplex, dem menschlichen Körper. Hand in Hand mit dieser biologischen Forschung geht die Bekämpfung der unser Leben verkürzenden Infektionskrankheiten. Jeder denkende Arzt wird zugeben, dass erst die Ohnmacht den Bakterien gegenüber einen neuen und frischen Zug in die Biologie gebracht hat. Wir brauchen Theorien, erst durch die Theorie erhalten Tatsachen und Beobachtungen ihren Wert. Dr. S. hat den Versuch gemacht, seine Theorie zu begründen. Wir kennen ja alle Dr. S. als tätigstes Mitglied unseres Vereins; aus seinem Munde haben wir oft das Lob der Silbersalze gehört. Es ist mithin nicht so wunderbar, dass Dr. S. dem Eisen des Blutes bei der Bier'schen Stauung solche grosse Rolle zuschreibt. Die Frage, die an uns heran tritt, ist, ob diese Theorie berechtigt und auch wirklich begründet ist.

Gleich hier möchte ich erklären, dass das kleine Experiment des Vortragenden, zum Schlusse seiner Rede, für mich eine grosse Ueberraschung war. Ich konnte weder von mir noch von anderen Kollegen Aufklärung darüber erhalten und ich wünschte nur, der Herr Doktor hätte uns etwas eingehender mit dem Wesen der Katalyse bekannt gemacht. Wir verdanken fast alle unsere Kenntnisse über diesen chemischen Prozess dem Lehrer der physikalischen Chemie in Leipzig, Prof. Oswald. Ihre Anwendung auf Biologie und Physiologie ist aber etwas ganz neues und rührt merkwürdiger Weise von einem Dermatologen her, Dr. Schaper. Ich kann hier auf die Einzelheiten nicht näher eingehen, doch ist das Verhalten des Zuckers, wenn er mit Blut in Verbindung gebracht wird, derselbe chemische Prozess, dem wir bei der Trommer'schen Probe begegnen. Es gibt anscheinend eine grosse Reihe von Substanzen, die als Katalysator für Zucker wirken, so auch Zigarrenasche.

Wie uns Dr. Ries neulich berichtet hat, verzichtet Bier selbst vorläufig auf jede theoretische Erklärung. Die bakterizide Wirkung von Stauung, Schirmer's Theorie, geht nun, wenn ich ihn richtig verstanden habe, darauf hinaus, dass das Eisen des Blutes als Katalysator wirkt, und durch die vermehrte Oxydation die merkwürdige bakterizide Wirkung in dem gestauten Gliede hervorrufe.

Dass das Eisen eine grosse Rolle im menschlichen Haushalte spielt, ist uns ja bekannt. Viel Tinte ist verbraucht worden, um den klinisch beobachteten wohltätigen Einfluss des Eisens mit der Ergebnislosigkeit des Tierexperiments in Einklang zu bringen. Den Geburtshelfer hat besonders der Uebergang des Eisens auf den Foetus interessiert. Gleich der Aufnahme kolloider Stoffe können wir uns diesen rätselhaften Vorgang nicht ohne aktive Zelltätig-

keit erklären. Es sind das Sachen, die nicht die Domäne eines Spezialisten sind, sondern die jeden modernen Mediziner interessieren sollten. Neben der Geburtshilfe, die mit der Zange und dem Ergotinfläschchen reist und, wenigstens hier in Chicago, ihr Ideal im Kaiserschnitt sieht, hat sich eine neue Geburtskunde entwickelt, die sich die Erforschung des Werdens und Wachsens des Kindes zur Aufgabe macht, mithin die interessantesten Probleme der Biologie angreift.

Durch die Biologie ziehen zwei grosse fundamentale Grundanschauungen, die mechanistische und die vitalistische. Ursprünglich schroffe Gegensätze repräsentierend ist der Unterschied zwischen beiden durch die Errungenschaften der Chemie und Physik immer mehr vermindert worden. Die vitalistische ist die ältere, sie schreibt den einzelnen Organen eine vita propria zu, während bei der mechanistischen grob physikalische Vorgänge an Stelle der Funktion treten. Virchow's Histiopathologie gab der vitalistischen Richtung neues Leben, man schrieb den Organen elektive Funktionen zu. Noch vor 2 Jahren wies Dr. Croftan in unserm Verein auf die gewaltige Revolution hin, die wir von der Osmose, in unseren ganzen medizinischen Anschauungen zu erwarten hätten. Andrerseits erscheint Ehrlich's Seitenkettentheorie vielen als ein Rückschritt zur humoralen Pathologie.

Wir sprechen von einer natürlichen Resistenz des tierischen Körpers Bakterien gegenüber, im Gegensatz zu der künstlichen und erworbenen Immunität. Welcher Art diese Schutzkräfte sind, ist noch umstritten. Metschnikoff's phagocytäre und Buchner's Theorie der Alexine ist Ihnen ja bekannt, ebenso die spätere vermittelnde Theorie des letzteren Autors.

Wir nehmen, wenigstens in Deutschland, wohl jetzt allgemein an, dass die natürliche Resistenz von dem Gehalt an Alexinen abhängt, der wieder von dem grösseren oder geringeren Gehalt an Leukozyten abhängt.

In unserm Arzeneischatz haben wir nun eine ganze Reihe von Mitteln, die eine Hyperleukocytose und auf diese Weise eine Resistenzvermehrung herbeiführen. Es sind das die nukleinhaltigen Substanzen, Hefe, Thymus etc. und hierzu gehören auch die Metalle wie das Silber.

Die natürliche Resistenz kann, wie experimentell erwiesen, auch durch Erhöhung der Blutalkaleszenz vermehrt werden, also durch Einführung von Alkalien, und es wundert mich eigentlich, dass der Entdecker der Mixtura antiautotoxica noch nicht nach diesem Rettungsanker gegriffen hat.

Neben den humoralen Theorien von der aktiven Zelle und dem aktiven Plasma (Metschnikoff, Buchner) tauchte auch eine mechanisch-physikalische Theorie auf. Baumgarten glaubte das Geheimnis der bakteriziden Wirkung in der Osmose zu sehen, einer Plasmolyse, wie er es nannte, hervorgerufen durch das Aufquellen der Bakterienleiber. Dieser Theorie wurde durch Buchner's Experimente mit erhitztem Serum ein schnelles Ende bereitet.

Ich bin auf diese, man möchte sagen historischen Einzelheiten absichtlich etwas näher eingegangen, um Ihnen zu zeigen, dass wir vorläufig noch nicht ohne den Vitalismus auskommen. In der Aktivität der Zelle steckt, wie Runge sagt, immer noch das Rätsel des Lebens. Aktivität und Leben sind heute aber als wissenschaftliche Begriffe nicht mehr eingeschränkt. Der Vitalismus verliert durch positive Beobachtungen immer mehr von seinem Rätselhaften, und gerade darin liegt, wie ich glaube, die Bedeutung der von Dr. Sch. demonstrierten Katalyse.

Man hat zur Erklärung der Bier'schen Stauung bisher immer die beiden oben erwähnten Theorien der natürlichen Resistenz herangezogen. Umgekehrt, weil in dem gestauten Gliede es wahrscheinlich zu einer Leukozytose und daher auch vermehrten Alexinbildung kommt, hat man die Bier'sche Stauung, die ja ohne Zweifel eine stärkere seröse Durchtränkung der Gewebe herbeiführt und damit die Angriffspunkte für die Alexine vermehrt, als Beweis für die bakterizide Wirkung des Serums angeführt.

Die uns von Dr. Sch. demonstrierte

Fähigkeit des Bluteisens oder vielmehr des Hämoglobins, katalytisch zu wirken, bedeutet einen grossen Fortschritt in der Lehre der Vitalität. Eine wie grosse Rolle das Fe bei der Bier'sche Stauung spielt, ob in ihr das Wesen des Prozesses liegt, wage ich nicht zu entscheiden. Der Nachweis einer im gestauten Gliede auftretenden Hämoglobinaemie ist nicht gebracht worden.

Dr. Sch.'s Theorie ist mehr eine mechanistische. Aehnlich wie Baumgarten sucht sie die bakterizide Wirkung, die wir als Lebensvorgang ansehen, auf einen wenn auch komplizierten so doch rein chemischen Prozess zurückzuführen. Dass die roten Blutkörperchen eine bakterizide Wirkung ausüben, beweist ein älteres Experiment von Heim. Werden Bakterien mit normalem Blut zusammengebracht, so lösen sich die Blutkörperchen in einigen Tagen auf. Zu gleicher Zeit gehen auch die Bakterien zu Grunde, die Bakterienleiber quellen auf: Alexine spielen hierbei keine Rolle. Soweit mir bekannt ist, hat bisher Niemand die Ansicht aufgestellt, dass das Eisen im Blute bakterizid wirken könnte, für das eben erwähnte Experiment wäre diese Theorie ja auch anwendbar. Nun enthalten aber die roten Blutkörperchen das Eisen in einer derartigen Verbindung, als Hämoglobin, dass seine Wirkung im lebenden Blute als Katalysator recht fraglich ist.

Abgesehen von einigen Farbstoffen wie Eosin etc. besitzen wir keinerlei Reagentien, die den Nachweis des Eisens im Blutkörperchen selbst erlauben. Dagegen ist es als sog. Hämosiderin, d. h. durch Zelltätigkeit der Leukozyten umgewandeltes Eisen leicht nachweisbar. Ich entsinne mich nicht mehr genau, ob Dr. Sch. uns eine nähere Erklärung dieses chemisch-vitalistischen Prozesses gegeben hat, und würde gern hören, ob Zerfall von roten Blutkörperchen und Freiwerden von Hämoglobin die Grundbedingungen der bakteriziden Wirkung in dem Bier'schen Versuch sind oder nicht. Gerade unsere pathogenen Bakterien sind aerob, ob für diese die Oxydation lebensverkürzend wirkt, ist doch sehr problematisch. Dagegen könnte man sich Dr. Sch.'s Theorie recht gut erklären, warum fibrös geheilte Knochenbrüche durch Injektion von Blut festen Knochen ansetzen, eine Methode, die ebenfalls von Bier herstammt.

Dr. G. Schirmer schliesst die Diskussion über die Theorie der Bier'schen Methode. Das Theoretische erklärt mehr, als auf den ersten Blick erwartet wurde. Die Leukozyten müssen eben an der betreffenden Stelle sein und dort arbeiten können.

Endlich entwickelt sich eine Diskussion über das Referat von Dr. G. Schirmer, **„Prof. Klebs gegen v. Behring"**, in der Dr. A. Klebs entschieden Stellung für v. Behring (gegen seinen Vater) nimmt. Die Verdienste von Prof. Klebs liegen in der Pathologie. In der Therapie haben T.C. Klebs und T.C. v. Behring nichts gemein. C. hat v. Behring allgemein an Stelle von Konduktor gebraucht; er hat z. B. auch ein A.C. gleich Anthraxkonduktor.

Dr. Schmauch sagt, dass v. Behring in einem Vortrag vor dem landwirtschaftlichen Rat das T.C. schon aufgegeben habe und jetzt hauptsächlich die Kinder immunisieren wolle.

Dr. G. Schirmer schliesst mit der Erklärung, dass es ihm hauptsächlich darum zu tun war, zu zeigen, dass er Herrn Prof. Klebs, unser Ehrenmitglied, richtig aufgefasst und wiedergegeben habe.

Sitzung vom 5. April 1906.

Dr. G. Kolischer: **Kasuistik von Blasenfällen.** K. stellt einen Patienten vor, der eine **Kragenprostata** hatte, welche sich als Kappe vor die Urethra legte und ihm grosse Schmerzen und andere Beschwerden verursachte. Der untere Teil des Kragens wurde vom Perineum aus entfernt, worauf Patient für zwei Monate geheilt war. Dann kamen neue Beschwerden, welche in Schmerzen, Blutharnen und Inkontinenz bestanden und eine neue Untersuchung verlangten, welche ein Blasenkarzinom ergab. Dieses wurde radikal mit dem hohen Blasenschnitt entfernt.

Nachdem die Blase im oberen Wundrand eingenäht worden war, wurde die ganze linke Hälfte losgelöst und entfernt. Der linke Ureter wurde in der Nähe der Blase mit Ureterenkatheter fixiert. Nach 4 Wochen heilte der Rest der Blase zusammen und der Ureter in die Narbe hinein. Der Patient hat 30 Pfund zugenommen, hält den Urin am Tage 3—4 Stunden und steht Nachts 2—3 mal auf.

2. **Hohes Blasenkarzinom**, welches ausgeschnitten und sofort vernäht wurde. Patient hält das Wasser für 3—4 Stunden und die Blase hat ca. 100—150 ccm Inhalt.

3. Patient wurde für Kolitis behandelt. Blasenbeschwerden veranlassten eine cystoskopische Untersuchung, welche eine scharf umschriebene **Blasenkolonfistel** ergab. Die Fistel wurde ausgeschnitten und die Blase vernäht. Der Patient geht aber leider an seinem Mastdarmkrebs zu Grunde.

4. **Abszess zwischen Blase und Cervix** nach Operation einer Blasenscheidenfistel. Dieser Fall und seine Heilung durch Operation ruft eine längere Auseinandersetzung und Diskussion hervor, welche hauptsächlich für die anwesenden Gynäkologen Interesse hatte.

5. Bei Entfernung eines **Cervixkarzinoms** musste ein Teil der benachbarten Blase entfernt werden. Ein Vorkommnis, das bei ähnlichen Operationen oft beobachtet wird, ist Inkontinenz. Dieser Fall gibt eine gute Erklärung dafür. Wenn nämlich die Scheide durch Pessar oder Bandage hoch hinaufgedrängt wird, ist die Frau kontinent, sonst nicht. Die zu kurze Scheide ist mit der hinteren Blasen- und besonders Ureterenwand verwachsen und zieht sie nach unten, so die Inkontinenz bedingend.

Diskussion. Dr. Müller: Karzinome am Uterus und Cervix können wir hinten bis weit hinauf im Gesunden ausschneiden. Nach vorn waren die Schwierigkeiten wegen Naht und Versorgung der Ureteren bis jetzt so gross, dass diese beiden ein Noli me tangere waren und die Prognose, sobald Blase oder Ureteren reseziert werden mussten, schlecht war. Die Technik sowohl wie die Resultate von Dr. Kolischer sind deshalb sehr zu loben, weil sie in diesem schwierigen Gebiet neue Möglichkeiten eröffnen. Sie werden jedenfalls helfen, die häufigen Rezidive im Wundtrichter, welche auf mangelhafte Operation in jener Gegend hindeuten, seltener zu machen. Skopolamin-Morphinnarkose und Spinalanästhesie können vielleicht auch noch zur Verbesserung der Resultate herbeigezogen werden.

Dr. Banga fragt, wie weit das Karzinom in die Blasenwand vorgedrungen war und welches Nahtmaterial benutzt wurde.

Dr. Kolischer (Schlusswort): Die Blase liess sich leicht ausschälen; eine pathologische Untersuchung wurde bis jetzt noch nicht vorgenommen. Zur Naht wurde Jodkatgut verwendet. K. hält dafür, dass die Blase immer so weit ausgeschnitten werden sollte, als das Karzinom reicht. Die Ureteren müssen dann wieder eingenäht werden. Die Blase muss aber mobilisiert werden, bevor sie eingeschnitten wird.

Dr. Fr. Müller: **Behandlung der Beinbrüche in Gehgipsverbänden und deren Anlegung mittels Extensionsapparaten.** (Demonstration eines neuen Extensionsapparates.)

Sitzung vom 19. April 1906.

Dr. Abele stellt einen **Fall von schwerer infizierter Verletzung der Kornea** vor. Ein grosser, halbkreisförmiger, mit dickem Belag bedeckter Riss der Kornea wurde mit einem doppelt gestielten Lappen aus der Konjunktiva bedeckt. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall und das Sehvermögen beträgt 20/30. Das kosmetische Resultat ist nicht so glänzend, aber wir müssen dies mit in den Kauf nehmen in Anbetracht, dass das Auge gerettet wurde, das sonst der Enukleation verfallen gewesen wäre.

Diskussion. Dr. C. Welcker: Das Auge kann mit viel schwereren Infektionen fertig werden, als wir früher annahmen. In einem ähnlichen Fall hätte er wahrscheinlich Galvanokaustik angewendet.

Dr. Abele erwidert, dass die Galvanokaustik in einem solchen Falle verlassen worden sei, weil sie noch grössere Verletzungen setze. Dazu kann man die Wunde nicht decken, bevor der Schorf abgestossen ist. Darauf spricht Dr. Abele über das **Chorioidalsarkom.**

Dr. Schalek hat sich früher viel mit Melanosarkom beschäftigt, als es sich darum handelte, zu entscheiden, ob die Melanosarkome der Haut wirklich Sarkome und nicht Karzinome seien. Die Chorioidalsarkome haben damals die Entscheidung herbeigeführt. Sch. lässt sich dann noch weiter über die Pathologie der Geschwülste aus.

Dr. P. F. Morf: **Ranula.**

Diskussion. Dr. C. Beck: Der Name Ranula stellt keine pathologische Einheit dar und sollte deshalb verschwinden. Der letzte Ausweg ist eine genaue Diagnose. Bei Verschluss des Ausführungsganges einer Speicheldrüse muss immer die Drüse mit entfernt werden oder man muss ein so grosses Fenster anlegen, dass es sich nicht mehr verschliessen kann. Auch ein Seidenfaden hat lange gute Resultate geliefert.

Dr. Morf (Schlusswort): v. Hippel und v. Recklinghausen haben Gründe für eine chronische Entzündung als Aetiologie gegeben. Auch tuberkulöse Prozesse sind angeschuldigt worden. Keinesfalls aber ist die grössere Zahl der Ranulae Retentionscysten, wie Dr. Beck denkt. Meistens handelt es sich um chronische Prozesse, es werden aber auch, wenn auch selten, akute Vergrösserungen beobachtet.

Sitzung vom 3. Mai 1906.

Dr. C. Beck stellt einen Mann von 35 Jahren vor. Derselbe hatte verflossenen Herbst eine Pneumonie, an welche sich ein **Empyem** anschloss, welches operativ entleert wurde. Dr. B. sah den Patienten zuerst, als er zum Skelett abgemagert und das Empyem für Wochen drainiert war. Der Puls war sehr schwach. Patient entleerte aus der Operationswunde sowie beim Husten per os eine lackfarbene, stinkende Flüssigkeit. Unter der rechten Mammilla wurden durch einen grossen Lappenschnitt vier Rippen reseziert. Grosse gangränöse Massen wurden mit der Hand herausbefördert. Gleichzeitig besserte sich der Puls. Die Heilung ging langsam von statten. Als sich die Wunde endlich schloss, heilte das Zwerchfell in die Narbe ein. Patient ist jetzt gesund und fett, Milchmann.

2. **Fall von Lungengangrän.** Ein Schankwirt wurde im Streit durch Fusstritte schwer verletzt. Er erkrankte mit Blutspucken sehr schwer. Später wurden lackfarbene Massen ausgeworfen. Durch Punktionen suchte B. einen Gangränherd zu lokalisieren. Patient starb. Die Sektion zeigte, dass jeder Stichkanal der Spritze gangränös war.

3. Ein Junge aspirierte einen Hemdenknopf. Es entwickelte sich das Bild der **Lungengangrän,** welche nach mehreren Operationen mit schliesslicher Entleerung grosser Lungenmassen und des Knopfes zur Heilung kam. Was die Therapie anbelangt, so wollen die Chirurgen im allgemeinen den Herd erreichen, ohne den Pleuraraum zu eröffnen, indem sie zuerst eine Adhäsion hervorrufen. B. geht direkt auf die Lunge ein und lässt sie im Pneumothorax retrahieren. Er entfernt die gangränösen Teile durch einen grossen Schnitt. Alsdann entwickelt sich die Lunge wieder und füllt den Raum durch Absorption der Luft.

Diskussion. Dr. Saurenhaus fragt, ob die Operation in der Sauerbruch'schen Kammer gemacht wurde. Dr. Beck antwortete verneinend.

Dr. J. Holinger,
Schriftführer.

78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Stuttgart, vom 16 bis 22. September 1906.*

Zum zweiten Male seit ihrem Bestehen tagte in der schwäbischen Landeshauptstadt die Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte: Das erste Mal war es der Fall im Jahre 1839. Seither sind 72 Jahre verflossen; welcher Wandel in der Entwicklung Stuttgarts, das sich in dieser Zeitspanne aus einer kleinen Stadt von 35,000 zu einer Grossstadt von 260,000 Einwohnern erhoben, welcher Wandel in der Entwicklung von Naturwissenschaft und Medizin, seitdem die von Oken in Jena gegründete Vereinigung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu ihrer jetzigen Grösse und Bedeutung herangewachsen ist. — Die allgemeine Teilnahme der Bevölkerung und städtischen Behörden in Stuttgart brauchte eigentlich nicht besonders hervorgehoben zu werden, wenn nicht gerade die schwäbische Gemütlichkeit und Herzlichkeit den Teilnehmern der Versammlung in wohltuender Erinnerung zurückgeblieben wäre. Eine besondere Weihe erhielt die Eröffnung der Versammlung durch die unerwartete Anwesenheit des Landesfürsten, des Königs von Württemberg, die allerseits umsomehr anerkannt wurde, als keiner der anwesenden ergrauten Habitués der Naturforscherversammlungen sich solcher Ehre zu erinnern wusste. Nur in der ersten Berliner Versammlung unter der Leitung Alexander von Humboldt's soll der damalige preussische König den allgemeinen Sitzungen beigewohnt haben.

Nachdem der König von dem Ausschuss der Gesellschaft empfangen und in den grossen Saal der Liederhalle geleitet war, eröffnete der erste Geschäftsführer, Herr Geheimrat Burckhardt die Versammlung und erinnerte an die grossen schwäbischen Naturforscher Kepler und Robert v. Mayer und an — Schiller. In seinem Rückblick auf die naturwissenschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzente bezeichnete der folgende Redner, der württembergische Kultusminister Fleischhauer, die Errungenschaften „als die Ergebnisse der Wissenschaft von den unbegrenzten Möglichkeiten". Wenn auch diese Anschauung von dem derzeitigen Vorsitzenden der Gesellschaft, dem Zoologen und Planktonforscher Prof. Chun-Leipzig, welcher in Form vollendeter Rede summarisch die Begrüssungsansprachen erwiderte, als nicht zutreffend bezeichnet wurde, so seien derartige Worte aus dem Munde eines Kultusministers immerhin dankbar anzuerkennen. In geistvollen Worten wandte sich Chun zunächst an den König von Württemberg, ihm für sein Erscheinen dankend. Friedrich der Grose schrieb einem Vorfahren des Königs, dem Herzog Karl von Württemberg, dass der Fürst nur der erste Diener des Staates sei, dass der Herscher den Wissenschaften Achtung und Liebe schulde, denn ein gut unterrichtetes Volk lasse sich leicht regieren. Die deutschen Naturforscher und Aerzte freuen sich, dass solche Grundsätze stets bei den württembergischen Fürsten vorhanden wären und sind. Den bedeutsamsten Teil seiner Rede bildeten die schönen Nachworte, die Herr Chun den grossen Toten Kölliker-Würzberg, Ziegler-Freiberg, Drude-Berlin, Boltzmann-Wien widmete.

Gerade der Tod der beiden letzten Männer habe die wissenschaftliche Welt tief erschüttert und gezeigt, dass das Genie auf Bahnen wandle, auf denen wir ihm nicht zu folgen vermögen. Im Hinblick auf den Weggang solcher Männer stehen wir vor der bangen Frage, wird das 20. Jahrhundert das halten, was uns das 19. gewesen? An der Schwelle des 20. Jahrhunderts standen kein Kant, kein Laplace, kein Goethe. Wird uns wieder ein Wöhler, ein Liebig, ein Bunsen, ein Kirchhoff beschieden sein? Werden wir einen Volta, Galvani erleben, wird ein Gauss den

*) Aus "Deutsche Praxis", 1906, Nr. 19 und 20.

Draht zu Weber hinüberziehen, werden ein Hertz, ein Cuvier, Johannes Müller, Darwin erstehen, wird abermals ein Helmholtz in Innsbruck den deutschen Naturforschern einen Robert von Mayer vorstellen? Da wir dies nicht voraussehen können, ist es umsomehr unsere Pflicht, einen Hauch dieser Geister auf die kommenden Generationen übergehen zu lassen. Die grossen Entdeckungen gingen nicht von der Absicht auf praktische Erfolge aus. Das Gesetz von der Erhaltung der Kraft wurde entdeckt, lange bevor man es für die Technik nutzbar zu machen verstand; es ging aus dem einfachen Suchen nach Wahrheit hervor. Und die grossen Erfolge der Chirurgie, der Seuchenbekämpfung, sie gehen zurück auf die Forschungen über die Fragen der Urzeugung bis zu Pasteur. Zum Schluss seiner mit einstimmigem Beifall aufgenommenen Begrüssungsrede warf Chun die Frage auf, ob nicht bei der Erziehung der künftigen Generation ausser dem rezeptiven Denken dem intuitiven Denken ein breiterer Raum zugewiesen werden müsste. Die Bewegung, die auf Erweiterung des naturwissenschaftlichen Unterrichts hinziele, kann nicht mehr zurückgedrängt werden. Die Widerstände, welche sich dieser Forderung entgegenstellen, müssen und werden überwunden werden. Mögen diejenigen, welche sich uns widersetzen, bedenken: Wer die Zeichen der Zeit nicht versteht, den wird die Zeit zeichnen.

Diese Ausführungen Chun's bildeten den Uebergang zu dem ersten allgemeinen Vortrag von Prof. Gutzmer-Halle, welcher den Bericht der Unterrichtskommission Deutscher Naturforscher und Aerzte über die Reform des mathematischen Unterrichts auf den höheren Lehranstalten erstattete.

Gutzmer erinnerte nochmals an die von der Kommission aufgestellten Grunsätze, dass der Unterricht an höheren Lehranstalten weder einseitig sprachlich-geschichtlich noch einseitig naturwissenschaftlich-mathematisch gestaltet werden sollte. Beide Bildungsmittel seien jedoch als vollkommen gleichwertig zu betrachten und müssten im Rahmen der allgemeinen Bildungsaufgabe gleichmässig zur Geltung kommen. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Männer, die später auf das öffentliche Leben Einfluss gewinnen, erhält eine überwiegend sprachliche Ausbildung. Für das Verständnis des modernen Lebens und seiner Bedürfnisse ist aber ein biologisch-chemischer Unterricht ebenso erforderlich. — Das ausführliche Referat Gutzmer's wurde den Teilnehmern der Versammlung als Broschüre überreicht, welche ebenso wie die bisherigen Berichte der Unterrichtskommission allen Vätern und Müttern angelegentlichst zur Lektüre empfohlen werden können. Auf diesen praktisch-pädagogischen Vortrag folgte die rein theoretische Betrachtung des Münchener Philosophen Prof. Lipps über „Naturwissenschaft und Weltanschauung", dessen spekulativ-philosophischen Deduktionen mit richtigem Verständnis zu folgen wohl nur wenigen Hörern nach den ermüdenden Reden der ersten Tagung, über die in den obigen Zeilen berichtet wurde, gelungen sein dürfte.

Den auf den letzten Naturforscherversammlungen ausgesprochenen Wünschen nach Vermehrung allgemein medizinischer und naturwissenschaftlicher Vorträge hatte die diesjährige Geschäftsführung dadurch Rechnung getragen, dass sie mehrere Sektionen zu gemeinsamen Sitzungen vereinte. Der rege Besuch dieser vereinten Sektionssitzungen bewies, dass diese Idee wie auch die Themata der Vorträge die richtigen gewesen. So berichtete Geheimrat Neisser (Breslau) vor vereinten 11 Sektionen über „Die Errungenschaften der modernen Syphilisforschung", welche der Redner in einem fesselnden Vortrage seinen Hörern vor Augen führte, sodass selbst den mit der Materie Vertrauten neue Gesichtspunkte eröffnet wurden. Zuförderst sprach Neisser seine Ueberzeugung aus, dass die von Schaudinn gefundene Spirochaete als der wirkliche Erreger der Syphilis zu betrachten ist. Mit dieser Entdeckung sei der entscheidende Fortschritt in der Aetiologie dieser bis dahin rätselhaften Erkrankung gemacht worden. Ein weiterer Fortschritt sei durch das Tierexperiment erfolgt, insofern die charakteristischen Symptome

der Syphilis durch Ueberimpfung bei den sehr empfänglichen höheren anthropoiden Affen, wie in bedingter Weise auch bei niederen Affen erzeugt werden können. Nach diesen rein experimentellen Erörterungen ging Neisser dazu über, die Verbreitungsarten und Wege des Giftes zu charakterisieren. Hieran anknüpfend wurde die Frage der möglichst frühzeitigen Beseitigung des primären Krankheitsproduktes als eines Schutzmittels gegen die Allgemeininfektion des Individuums erörtert. Eine wirksame Verhütung ist durch solch eine Entfernung nicht zu erreichen, auch nicht durch Lokalbehandlung der erkrankten Körperstelle. Mit einiger Sicherheit liess sich aber durch die von Neisser in grossem Stile auf Java fortgeführten Untersuchungen erweisen, dass das Syphilivirus sehr rasch in die Blut oder Lymphbahnen übergehen kann. Am Schlusse seines Vortrages berührte Neisser die Immunitätsfrage, das Dogma von der Immunität eines einmal infizierten Menschen sei nicht mehr aufrechtzuerhalten, wenn auch Ausnahmen beobachtet würden. Ueber die künstliche Immunisierung liege noch zu wenig Material vor, speziell darauf gerichtete Untersuchungen sind im Gange und werden unter persönlicher Leitung Neissers auf Java fortgeführt werden, wohin er sich in Begleitung einiger jüngerer Mitarbeiter im Laufe des Novembers begiebt. Die Reichsregierung hat für die Fortführung der Neisser'schen Expedition vorläufig 100.000 Mark zur Verfügung gestellt, den fast gleichen Betrag hat der Berliner Grossindustrielle E. Simon für denselben Zweck gestiftet. Anschliessend an den Neisser'schen Vortrag berichtete Hoffmann (Berlin), der klinische Mitarbeiter Schaudinn's, über die neueren Untersuchungen betr. die Spirochaete pallida unter Demonstration zahlreicher instruktiver Präparate. Besonderes Interesse rief die von Hoffmann gegebene Schilderung von dem geschichtlichen Verlauf der Schaudinn'schen Entdeckung hervor, deren erste Anfänge bis zum Jahre 1847 zurückreichen.

Die Deutsche Pathologische Gesellschaft, welche bisher ihre Tagungen meistenteils mit der Naturforscherversammlung verbunden hatte, sich aber nunmehr von dieser loszulösen beschlossen hat, trat gleich in der ersten Sitzung in die Beratungen über experimentelle Tuberkulose ein. Der bekannte Tübinger Pathologe und Tuberkuloseforscher v. Baumgarten berichtete zunächst über seine fortgeführten Immunisierungsversuche, die zu dem Ergebnis führten, dass eine passive Immunität schwer erreichbar und unzuverlässig sei, während er der von v. Behring mit Erfolg angewandten aktiven Immunisierungsmethode das Wort redete. In einer zweiten Mitteilung teilte v. Baumgarten Versuche mit, in denen es ihm gelungen ist, von der Blutbahn aus eine experimentelle Lymphdrüsentuberkulose zu erzeugen. Hierauf sprach der Wiener Pathologe Bartel, welcher in den letzten Jahren im Anschluss an die Koch-Behring'sche Diskussion interessante Aufschlüsse über Fütterungstuberkulose und die Latenz der Tuberkelbazillen gebracht hatte, über die Beziehungen zwischen Organzelle und Tuberkuloseinfektion. Der Prosektor des Charlottenburger Krankenhauses, Prof. Henke hatte sein Material auf das Vorkommen primärer Darmtuberkulose gesichtet und kam zu dem Resultat, dass dieselbe im Allgemeinen zwar selten, bei tuberkulösen Kindern doch immerhin 11 Proz. ausmache. In der an diese Vorträge sich anschliessenden Diskussion bestätigte Orth (Berlin) die Beobachtungen und Angaben v. Baumgartens, dass eine vollständige aktive Immunisierung nicht möglich sei, dass sich aber eine Verlangsamung im Fortschreiten der tuberkulösen Allgemeinerkrankung erzielen lasse. — Als Ergänzung zu den Tuberkuloseerörterungen der Pathologen hatte die Sektion für Hygiene und Bakteriologie ebenfalls eine kombinierte Sitzung veranstaltet, in der die Aetiologie der menschlichen Tuberkuloseinfektion und die Häufigkeit der Uebertragung durch die Perlsucht des Rindes diskutiert werden sollte. Sämtliche Redner waren sich über die Uebertragungsmöglichkeit einig, während über die Häufigkeit derselben sowie über die strenge bakteriologische Trennung der mensch-

lichen Tuberkelbazillen von den Perlsuchtbazillen natürlich keine Einigung erzielt werden konnte. Die lebhafte Diskussion brachte aber interessante Gesichtspunkte, welche der weiteren experimentellen Prüfung obiger Fragen förderlich sein dürften.

Wie in den Vorjahren, so wurde auch diesmal gelegentlich der Naturforscher-Versammlung zur Bildung von Spezialgesellschaften geschritten. Die erste Gründung betraf die „Deutsche Gesellschaft für Urologie", welche alle zwei Jahre abwechselnd in Berlin und Wien einen Kongress abhalten will, die zweite die „Gesellschaft Deutscher Nervenärzte" unter dem Vorsitz von Prof. Oppenheim-Berlin. Trotz dieser immer weitergehenden Zersplitterung in Spezialkongresse werden die Naturforscherversammlungen doch ihren Anziehungspunkt behalten, welcher wohl für jeden Arzt in dem Bedürfnis besteht, mit den Fortschritten auf medizinischem wie naturwissenschaftlichem Gebiete Fühlung zu behalten. Dass hierzu auch auf der diesjährigen Tagung in Stuttgart reichliche Gelegenheit geboten war, will ich in den folgenden Zeilen weiter ausführen.

In der Sitzung der medizinischen Hauptgruppe wurde über die chemischen Korrelationen im tierischen Organismus beraten. Als erster Redner sprach zu diesem Thema Prof. Starling-London, einer der hervorragendsten Biologen Englands. Organisches Leben ist nach seinen Ausführungen nur dann möglich, wenn alle Teile eines Organismus zusammenarbeiten. Geht ein Teil verloren, so lässt sich der Verlust durch Bildung chemischer Substanzen decken, die der Heilmittelwirkung ähnlich sind. Diese Stoffe werden von Starling Hormone genannt, sie üben auf andere Organe, zu denen sie in chemischer Korrelation stehen, einen gewissen Reiz aus. Sehr deutlich tritt die Tätigkeit der Hormone bei den Wechselbeziehungen zwischen Brustdrüse und Geschlechtsorganen hervor. Neugeborene Knaben und Mädchen haben gleiche Brustdrüsen, bis mit dem Eintritt der Pubertät die weibliche Brustdrüse schnell zu wachsen beginnt. Entfernt man die Ovarien, so hört das Wachstum der Mammae auf. Mit dem Eintritt der Gravidität beginnt ein weiteres Wachstum, welches nach der Ausstossung der Frucht wieder aufhört. Es ist noch nicht sicher festgestellt, ob der chemische Reiz, der alle diese Vorgänge bedingt, vom Uterus, von der Placenta oder vom Fötus ausgeht. Dass ein solcher jedoch vorhanden sein muss, beleuchtete Starling durch interessante Experimente. Wurde z. B. weiblichen Kaninchen Embryonenextrakt injiziert, so stellte sich Wachstum der Brüste, in einem Fall sogar Milchabsonderung ein. Die auf die inneren Sekretionen hinwirkenden Stoffe (Hormone) sollen Körper von einfacher Konstitution sein und sind nach Starling weit im Körper verbreitet. In letzter Linie, so schloss der englische Forscher, welcher übrigens ziemlich fliessend deutsch sprach, ist jedes physiologische Problem als ein chemisches aufzufassen. Physiologen und Chemiker reichen sich hier die Hände, die Lebensvorgänge im Organismus zu erklären, sie regulierend beherrschen und im Dienste der praktischen Medizin verwerten zu lernen.

Ergänzend zu diesem Vortrag sprach der bekannte Strassburger Kliniker Prof. von Krehl über Störungen der chemischen Korrelationen im tierischen Organismus. So interessant die Ausführungen Krehl's über dieses Thema auch waren, sie zeigten, dass noch manches Dunkel zu lichten ist, um zu praktisch verwertbaren Resultaten zu gelangen. Es ergab sich aus seinen Betrachtungen, dass die Beziehungen der einzelnen Organe zu einander viel verwickelter sind, als wir es uns allgemeinhin vorstellen, und dass die wirksamen chemischen Substanzen, über die bisher nur wenig bekannt ist, sich häufig nicht auf ein Organ, sondern auf mehrere gleichzeitig beziehen können. Den Arzt erinnern diese allgemeinen Beziehungen der einzelnen Organe zum Gesamtorganismus an die Bestrebungen der hippokratischen Schule, bei Erkrankung eines einzelnen Organs vor allem den Allgemeinzustand zu berücksichtigen, eine Forderung, der auch wir häufig, wenn auch mehr unbewusst, nachkommen.

Die in theoretischer wie praktischer Hinsicht ausserordentlich wichtige Frage der Regeneration und Transplantation

bei Tier und Mensch wurde in einer Gesamtsitzung der medizinischen und naturwissenschaftlichen Gruppe von 3 Gelehrten in ausführlichen Referaten behandelt. Während Prof. Korschelt-Marburg die Regenerations- und Transplantationsvorgänge im Tierreich besprach und Prof. Spemann-Würzburg diese Vorgänge im embryonalen Leben betrachtete, beschäftigte sich der Breslauer Chirurg Prof. Garrè mit den durch die chirurgische Erfahrung beim Menschen gewonnenen Erfahrungen. Eine Fülle interessanten Materials wurde von Korschelt und Spemann beigebracht, aus deren Versuchen hervorgeht, dass man an dem in der Entwicklung begriffenen Individuum durch künstliche Verpflanzung lebenden Zellmaterials ganz neue Wachstumserscheinungen hervorbringen kann. Inwieweit auch beim erwachsenen Menschen auf ähnliche Weise der Ersatz verlorengegangener oder absterbender Teile erzielt werden kann, diese für die Chirurgie so bedeutsame Frage wurde von Garrè eingehend behandelt, der ja durch eigene Untersuchungen dieses wichtige Gebiet weit gefördert hat. Garrè sprach sich sehr vorsichtig aus und bezweifelte, ob es je gelingen wird, z. B. mit Erfolg eine Niere, also ein Organ, das nur in vollständigem Zusammenhang seine für den Körper notwendigen Dienste zu leisten vermag, von einer Tierart auf die andere zu überpflanzen. Er hält vielmehr noch eine grosse Reihe weiterer Experimente für notwendig, an denen sich Botaniker, Zoologen und Mediziner in edlem Wettstreit beteiligen möchten.

Ehe ich in meinem ziemlich summarisch gehaltenen Bericht über die allgemeinen Vorträge fortfahre, möchte ich doch der Generalversammlung der Vereinigung der deutschen medizinischen Fachpresse Erwähnung tun, in der in mehrstündiger Sitzung recht aktuelle Themata und Fragen behandelt wurden. So besprach Schwalbe-Berlin einige Fälle von Honorarstreitigkeiten und schlug die Anlegung einer schwarzen Liste solcher Mitarbeiter vor, die gewerbsmässig günstige Besprechungen von Heilmitteln bringen und in die medizinische Fachlitteratur hineinlanzieren. Auf der schwarzen Liste sollen auch diejenigen Autoren geführt werden, welche ein und dieselben Artikel ohne Wissen der Redaktion in mehreren Zeitschriften veröffentlichen. Eine nicht minder aktuelle Frage „Ueber das Inseratenwesen in der Fachpresse" wurde von R. Lennhoff-Berlin erörtert. Inwieweit sich diese theoretischen Erwägungen und berechtigten Wünsche mit Erfolg in die Praxis werden umsetzen lassen, mag die Zukunft lehren.

Ebenso wie die erste allgemeine Sitzung, war auch die zweite von einer stattlichen Zuhörerschaft besucht, welche mit ungeschwächtem Interesse den Vorträgen folgte. Als erster Redner trat in derselben der Stuttgarter Prof. Baelz auf, welcher über „Besessenheit und verwandte Zustände" sprach und dabei seine reichen langjährigen Erfahrungen aus dem fernen Osten verwertete. Seine Mitteilungen betrafen eine eigenartige Form von Besessenheit, welche er in Japan beobachtete und die eine auffallende Aehnlichkeit mit dem mittelalterlichen Hexen- und Teufelswahn besitzt. Die Symptome der Besessenheit sind überall die gleichen; die Varietäten in den Aeusserungen des Verrücktseins haben in den verschiedenen religiösen Vorstellungen ihren Erklärungsgrund. Die Besessenheit ist eine gut charakterisierte Erkrankungsform des Nervensystems; sie gehört daher in die Betrachtungs- und Behandlungssphäre des naturwissenschaftlich gebildeten und nach naturwissenschaftlichen Grundsätzen handelnden Arztes. Zur Erklärung dieser Zustände nimmt Baelz das „Unterbewusstsein" zu Hülfe. Vielleicht ist solch ein Besessenheitsanfall durch das plötzliche Hervorbrechen von Vorstellungen, die lange Zeit im Unterbewusstsein geschlummert hatten, zu erklären. Auf ähnlich gearteten nervösen Zuständen beruhe nach Ansicht des Vortragenden auch die dichterische und die wissenschaftlich schöpferische Tätigkeit. Herr Baelz kommt zu dem Schluss, dass man den Dämonenglauben nicht einfach verspotten solle, sondern dass man die rätselhaften Erscheinungen auf naturwissenschaftliche Erklärungsursachen zurückzuführen bemüht sein möge. Hier liegt der psychophysischen Forschung ein weites und lohnendes Arbeitsfeld vor.

Der zweite Vortrag von Prof. Lehmann-Karlsruhe über „Flüssige und scheinbar lebende Kristalle" bildete im Verein mit dem von der Zeiss'schen optischen Anstalt in Jena ausgestatteten Projektionsapparat zur unmittelbaren Veranschaulichung dieser Vorgänge im kristallinischen Gefüge den „Clou" der diesjährigen Naturforscherversammlung. In seinen einleitenden Worten versuchte Lehmann, den Begriff „Leben" naturwissenschaftlich zu präzisieren. Auf diesem Wege kommt er zu einem Vergleich zwischen den Kristallen in ihren Erscheinungs- und Bildungsformen und den niedrigsten Einzellebewesen. Was aber die Kristalle von den organischen Gebilden endgültig trennen zu sollen schien, war die Tatsache, dass sie typische Beispiele für starre Formationen abgeben, während den organischen Gestaltungen ausnahmslos ein kolloider Kongregatzustand zukommt. Da setzte nun die neuere experimentelle Forschung ein, die zu den merkwürdigen Ergebnissen führte, dass die kristallinischen Gebilde, unter bestimmten Bedingungen Formveränderungen erleiden, die den Wachstums- und Verwesungserscheinungen erstaunlich ähnlich sind. Man beobachtete Teilungen, knospenartige Bildungen, Schmelzungen etc., sodass man wirkliche organische Lebenserscheinungen anzunehmen geneigt ist. Allein das ist nicht der Fall, nur den Begriff der absoluten Starrheit des kristallinischen Gefüges wird man angesichts dieser experimentellen Feststellungen fallen lassen müssen, welche Vortragender unter Projektion wunderbar anschaulicher Bilder erläuterte. — Man sieht, die von der bisherigen Physik und Kristallographie für unmöglich gehaltenen flüssigen Kristalle haben die Analogien zwischen Kristallen und Lebewesen beträchtlich vermehrt. Befriedigt wird der Anhänger des Monismus ausrufen: wir haben es ja vorausgesagt, eine solche Brücke zwischen Kristallen und Lebewesen musste notwendig gefunden werden, die Entdeckung bildet eine glänzende Bestätigung unserer Theorie! Mit nichten, wird der Anhänger des Dualismus entgegnen, denn der Umstand, dass zwischen festen und flüssigen Kristallen kontinuierliche Uebergänge bestehen, beweist, dass die fraglichen Gebilde nicht wirkliches, sondern nur scheinbares Leben besitzen. Sie sind ein vortrefflicher Beweis für die Richtigkeit unserer Lehre, denn sie zeigen, dass manches, was bisher mangels physikalischer Analogien als Lebensäusserung aufgefasst wurde, auf rein physikalischen und chemischen Wirkungen beruht. Dadurch wird es möglich sein, schloss Vortragender, die Schwierigkeiten, die die Annahme einer Seele in jedem, auch dem kleinsten Lebewesen bereitete, zu beseitigen; man wird durch weitere Erforschung der neu aufgefundenen Kräfte dahin gelangen können, genau zu präzisieren, welche Wirkungen lediglich durch Kraft und Stoff in toter Materie hervorgebracht werden und wo das eigentliche Leben beginnt.

Den dritten Vortrag dieser zweiten allgemeinen Sitzung, an die sich der Schluss der Stuttgarter Versammlung mit einigen warmempfundenen Verabschiedungsansprachen anreihte, hielt unter Demonstration wundervoller Lichtbilder der Berliner Geologe Penck über „Südafrika und Sambesifälle". Der Vortragende führte die Zuhörer in das Gebiet, das er als Teilnehmer an der vorjährigen Expedition der britischen Naturforschergesellschaft mit dem Geologenhammer erforscht hatte, und erfrischte mit seinen schönen photographischen Aufnahmen die bereits durch die vorangegangenen Vorträge ermüdete Zuhörerschaft, zumal seine Ausführungen ziemliches Verständnis auf geologischem Gebiet voraussetzten.

Aus der Sitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe möchte ich noch auf zwei Vorträge hinweisen, welchen von medizinischer Seite ein berechtigtes Interesse entgegengebracht wurde. Es war dies ein Vortrag von Zsigmondy-Jena „Ueber Kolloidchemie mit besonderer Berücksichtigung der organischen Kolloide" und von Pauli-Wien „Beziehungen der Kolloidchemie zur Physiologie". Die interessanten Ausführungen, auf die in dem Bericht nicht näher eingegangen werden kann, zeigten, dass die Kolloidchemie in erster Linie berufen erscheint, die vollständige Verschmelzung von Physik, Chemie und Biologie anzubahnen.

Von aktuellen Vorträgen aus den

kombinierten medizinischen Sektionen möchte ich vor allem noch den von Westenhöffer, Prosektor am Krankenhaus Moabit, über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der übertragbaren Genickstarre anführen, an den sich eine lebhafte Diskussion anschloss. Herr Westenhöffer schilderte sehr anschaulich die Untersuchungsmethoden, die bei der letzten Genickstarre-Epidemie in Oberschlesien angewendet wurden. Stets beginnt die Erkrankung mit einer Rachenentzündung; bei 93 Proz. der Erkrankten wurde der Meningokokkus nachgewiesen. Es wird sich zeigen, wie weit die vorgeschlagenen prophylaktischen Massregeln die Ansteckung der Arbeiter in den Gruben zu verhindern geeignet sind.

Ueber die operative Behandlung der Hirn- und Rückenmarkstumoren hatte Fedor Krause-Berlin und Schultze-Bonn das ebenfalls in einer kombinierten Sektionssitzung erstattete Referat übernommen, an das Oppenheim-Berlin ein Ergänzungsreferat mit besonderer Berücksichtigung der gemeinschaftlich mit F. Krause angestellten Beobachtungen anschloss. Die von letzterem mit Erfolg ausgeführten Gehirn- und Rückenmarksoperationen wurden durch eine grosse Zahl von Lichtbildern und Präparaten veranschaulicht.

Dass ausser den erwähnten interessanten Hauptthemen noch in den Einzelsektionen reichliche Gelegenheit geboten war, nach allgemein medizinischer und allgemein naturwissenschaftlicher Weiterbildung zu befriedigen, ist wohl selbstverständlich. Hierfür war ausserdem durch die mit der Versammlung verbundene Ausstellung gesorgt, welche in den prächtigen Räumen des Landesgewerbemuseums untergebracht war und ausser den üblichen Arzneimitteln, Apparaten, Instrumenten etc. die neusten Errungenschaften der optischen Firmen von Zeiss-Jena und Leitz-Wetzlar, wie Projektionsapparate, Ultramikroskope etc. enthielt.

Auf des Tages wissenschaftliche Arbeit folgten des Abends fröhliche Feste, welche von den Stuttgartern in reichlicher und schwäbisch-gemütlicher Art geboten wurden. Auch der König hatte es sich nicht nehmen lassen, die wissenschaftlichen Spitzen der Versammlung zu sich zur Tafel sowie sämtliche Kongressteilnehmer in seine beiden königlichen Theater zu laden. Unvergesslich wird allen Naturforschern ferner der schlicht bürgerliche Empfangsabend auf dem Rathaus bleiben, welchen die Stadt ihren Gästen gab. Das in seinen Architekturformen charakteristische Rathaus war in allen seinen Teilen herrlich mit elektrischen Flammen erleuchtet. In den Sälen auf den Gängen, im Rathauskeller, der an diesem Abend für das Publikum gesperrt war, auf dem Rathausplatze wogte die festlich gestimmte Menge der Naturforscher auf und nieder, soweit dieselben sich nicht an den mit Wein und Imbiss reichlich gedeckten Tischen gemütlich niedergelassen hatten. Die Musik spielte lustige Weisen und alles freute sich dieser herzlichen Gastfreundschaft, welche die Stadt Stuttgart geboten.

Klinische und therapeutische Notizen.

— *Das Kollargol bei der eitrigen Hornhautentzündung.* Lapersonne hat schon vor Jahren bei einer aus innerer Ursache entstandenen Iritis wenige Stunden nach einer intravenösen Kollargolinjektion das Hypopyon verschwinden sehen. Nachdem weiterhin Darier die äusserliche Applikation des Kollargols bei allen infektiösen Erkrankungen des äusseren Auges, besonders der Konjunctiva, Bonnaire eine 2—5%ige Kollargollösung, bei allen Ophthalmien der Neugeborenen, ob gonokokkischen Ursprunges oder nicht, empfohlen hatte, behandelt Verfasser seit ungefähr einem Jahre alle eitrigen Keratitiden, gleichviel welchen Ursprungs, auch infizierte Hornhautwunden, mit Kollargol. Der grosse Vorzug des Kollargols vor anderen Silberpräparaten, besonders dem Arg. nitr., besteht in der Schmerzlosigkeit seiner Anwendung und in dem Ausbleiben von Depotbildung in der Hornhaut, welche ja bei nicht intaktem Epithel das Arg. nitr. ausschliesst. Die Wirkung der Kollargol-Applikation äussert sich unmittelbar in einer Verminderung der Schmerzen und der

Lichtscheu. In wenigen Tagen reinigt sich das Geschwür, das Hypopyon nimmt ab und verschwindet, und die Heilung geht mit minimaler Narbenbildung von statten. Die Kollargol-Applikation — 2—3mal des Tages bis alle 2 bis 3 Stunden 2 Tropfen einer 5%igen Lösung zu instillieren — wird bis zur völligen Heilung fortgesetzt und macht die Spülungen mit Quecksilberzyanür 1 : 5000 und die eventuelle Anwendung kleiner Atropindosen entbehrlich, noch schliesst sie die Anwendung des Galvanokauters und die Vornahme einer Inzision der vorderen Augenkammer bei reichlichem Hypopyon mit nachfolgender Kollargolspülung aus. Auch ist gleichzeitige Behandlung der Tränenwege, eventuell mit Spaltung, Katheterismus und Injektionen von Kollargollösung 1 : 50 notwendig. (La Presse médicale, 1905, Nr. 36.)

— *Bornyval bei traumatischen Neurosen.* Durch die glänzenden Berichte, welche Hirschlaff, Uibeleisen, Engels und Friebel über die Wirkung des von Riedel hergestellten Bornyvals veröffentlicht haben, bewogen, machte auch Herzfeld-Berlin einen Versuch mit diesem Präparat. Er hat im Laufe der letzten sechs Monate das Mittel bei drei traumatischen Hysterien, ferner bei zwei traumatischen Melancholikern, vier traumatischen Hypochondern, dann bei drei Damen, welche infolge von Unterleibsleiden an Hysterie litten, angewandt. Bei den durch Trauma hervorgerufenen Nervenstörungen traten die nervösen Herzbeschwerden hervorragend in die Erscheinung.

Nach 3 bis 5 Tagen, in welchen die Patienten täglich drei Perlen Bornyval genommen, trat ein sichtlicher Umschwung in der Stimmung der Behandelten ein. Die Patienten verlieren ihre trübe Stimmung, werden wohlgemut und heiter. In zweiter Linie wurde überraschend die gestörte Herzaffektion beeinflusst. Der Puls ging merklich kräftiger und langsamer, die Herztätigkeit wurde regelmässiger und kräftiger. Damit zusammenhängend wurde die Schlaflosigkeit gemildert und infolgedessen konnte sich der Kräftezustand der Patienten heben. Wenn H. auch durch die Darreichung von Bornyval die ursächlichen Momente der Krankheit nicht beseitigen konnte, so hat er doch in dem Bornyval ein Mittel erprobt, durch welches die Hauptbeschwerden der so schwer leidenden Nervenkranken gemildert und gehoben werden können. (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1906, Nr. 4.)

— *Ein Verfahren zur Entfernung von unter die Nägel geratenen Splittern.* Derome bedient sich eines sehr einfachen Verfahrens, um unter die Fingernägel geratene Splitter auf leichte Weise zu entfernen. Er erweicht zu diesem Zwecke das Horngewebe des Nagels, indem er in einer Umgebung von einigen Millimetern um den durchscheinenden Splitter den Nagel mit dem in eine Kali causticum-Lösung (1 : 10 oder 1 : 5) getauchten Ende eines Zündhölzchens bestreicht. Sodann schabt er mit dem Rücken eines Skalpels oder einem stumpfen Glasscherben das erweichte Gewebe ab, trägt eine neue Lage von der Kali causticum-Solution auf, schabt abermals ab, bis er auf den Splitter kommt, der sich sodann leicht ausheben lässt. (Bull. méd., Nr. 12, 1906.)

— *Kampherbehandlung bei Erysipel.* Dr. Mayer-Simmern, der seit 16 Jahren die von Pirogoff empfohlene Kampherbehandlung bei Erysipel angewendet hat, hat davon nur Erfolge gesehen. Er gibt stündlich oder zweistündlich 0,15 Camphora trita und zur Erzielung reichlichen Schweisses heissen Tee, Zuckerwasser und dergl. Aeusserlich wendet er daneben Ichthyol, Terpentin, Liqu. alumin. acet., Thymollösung, Argent. nitric., Spirituskompressen an. Bei Nierenreizung wurde ausgesetzt. Die Methode wirkt auch bei Wunderysipel gut. Nach dem Verf. beruht die günstige Wirkung auf der Ansammlung von Leukozyten an der Entzündungsstelle unter dem Einfluss des Kamphers. (Münchener medizin. Wochensch., 1905, Nr. 42.)

— *Röntgenbehandlung der Psoriasis und des Ekzems.* Bei inveterierten Psoriasis-Plaques, bei Psoriasis der Hände und bei ausgedehnten Infiltrationen lassen sich mit relativ kleinen Röntgendosen schon binnen 10 Tagen Heilungen erzielen, ebenso bei den quälenden Anal- und Genitalekzemen, bei hyperkeratotischen nässenden Handekzemen und bei Lichen simplex chronicus. Die Methode ist auch in hartnäckigen sonst nicht beeinflussbaren Fällen cito und jucunde wirksam. (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie, X. Bd., Juni 1906.)

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von Dr. A. Ripperger.

Bd. XVIII. New York, Dezember 1906. No. 12.

Originalarbeiten.

Infektionswege der Tuberkulose.*

Von Dr. J. W. Gleitsmann, New York.

Der Gegenstand meines Vortrages ist von solchem Umfange, dass es unmöglich ist, alle seine Phasen zu besprechen, und auch viele wichtige Punkte nur kurz angedeutet werden können. Demzufolge mussten die Infektionen der Haut, der grossen viszeralen Drüsen, des Knochengewebes, der Gelenke, des Nervensystems und des uropoetischen Systems unberücksichtigt bleiben, und werden wir uns hauptsächlich auf die Respirations- und Verdauungsorgane beschränken.

Ehe ich auf das eigentliche Thema eingehe, gestatten Sie mir einige einleitende Bemerkungen, die, wenn auch nichts Neues enthaltend, zur richtigen Beurteilung der Infektion im Allgemeinen beitragen, sonst nötige Wiederholungen vermeiden lassen und eine gedrängtere Besprechung der einzelnen Kapitel ermöglichen.

Wir unterscheiden den menschlichen, den Rinder- und den Hühnerbazillus, auf deren nähere Differenzierung hier nicht weiter eingegangen werden kann. Es sei nur bemerkt, dass der Hühnerbazillus eine höhere Temperatur, 103° F., als der menschliche und Rinderbazillus benötigt, welcher 98° F. zur Züchtung erfordert. Von den zu Inokulationen hauptsächlich verwendeten Versuchstieren ist das Kaninchen für den menschlichen Tuberkelbazillus wenig, für den Hühnerbazillus sehr, mehr noch für den des Rindes empfänglich. Das Meerschweinchen ist in hohem Grade für menschlichen und Rinder-, aber nicht für Hühnerbazillus empfänglich. Ferner wird durch sukzessive Züchtung mit der für den jeweiligen Bazillus empfänglichen Spezies dessen Virulenz erhöht, durch sukzessive Kulturen mit Glyzerin-Bouillon in der Regel vermindert, manchmal gänzlich aufgehoben.

Der Nachweis des Bazillus allein genügt noch nicht, die Diagnose der Tuberkulose zu stellen, hierzu ist noch der Befund morphologischer Veränderungen notwendig, die seine pathogene Wirkung beweisen. Ausserdem müssen wir stets im Auge behalten, dass die T. B. durch die makroskopisch unverletzte Schleimhaut eindringen und dieselbe durchdringen können, ohne eine Spur ihres Eintrittes daselbst zu hinterlassen. Dieselben werden sich dann in der Schleimhaut oder öfter einer benachbarten Lymphdrüse, z. B. bei Darminfektion in einer Mesenterialdrüse, festsetzen, und im

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York am 5. November 1906.

Falle von Verkalkung und Abkapslung für immer unschädlich bleiben. Tritt jedoch Verkäsung und Zerfall ein, und werden sie von der Lymphbahn aufgenommen, so können sie sich in jedem Organ, meistens in zentripetaler, seltener retrograder Richtung festsetzen und dort Tuberkulose hervorrufen. Diese Eigenschaft des T. B. erschwert dem Pathologen oft, auch in nicht vorgeschrittenen Fällen die Bestimmung der Initialläsion, und sind darauf auch zum Teil die Meinungsverschiendenheiten der Forscher über den Infektionsmodus im Allgemeinen und dessen jeweiliger Frequenz im Speziellen begründet. Die Kontroversen der Autoren hierüber sind manchmal sehr lebhaft, und wird noch einige Zeit vergehen, bis eine Uebereinstimmung erzielt ist.

Zwei weitere Punkte, über welche die Ansichten der Gelehrten auseinandergehen, sind einerseits die Dauer der möglichen Latenz (des T. B.) im menschlichen Körper, ehe Tuberkulose ausbricht, worauf bei Besprechung der Fütterungstuberkulose näher eingegangen werden soll, und andererseits die Beziehungen des menschlichen und des Rinderbazillus zu einander und der letzteren zu dem des Menschen. Als Robert Koch in seinem bekannten Vortrage vor dem Englischen Tuberkulosekongress 1901 den pathogenen Unterschied zwischen dem menschlichen und Rinderbazillus betonte und auf die Unempfänglichkeit des Rindes gegen den ersteren hinwies, basierte er seine Behauptungen auf viele zu diesem Zwecke gemachte Experimente. Mehreren Tieren wurden T. B. unter die Haut, andern in die Bauchhöhle, in die Halsvene eingespritzt, sechs wurden 7 bis 8 Monate täglich mit bazillärem Sputum gefüttert, vier Tiere inhalierten grosse Mengen in Wasser aufgeschwemmter Bazillen. Alle 19 Rinder zeigten keine Krankheitserscheinungen, nahmen an Gewicht zu, und als sie nach 6 bis 8 Monaten getötet wurden, fand sich keine Spur von Tuberkulose in den inneren Organen. Nur an den Injektionsstellen hatten sich kleine Eiterzellen gebildet, die wenige T. B. enthielten. Da im entgegengesetzten Fall die experimentelle Prüfung im Menschen ausgeschlossen ist und nur einmal in zirka sechs unheilbaren Karzinomfällen vor mehr als 20 Jahren in Königsberg mit Rinderbazillen und mit negativem Resultat gemacht worden war (Baumgarten), so schliesst Koch, so müssten bei dem grossen Konsum von Butter und Milch, die sehr oft Perlsucht-Bazillen im lebenden Zustande enthalten, Fälle von primärer Darmtuberkulose, die auf eine durch Nahrungsmittel entstandene Tuberkulose hinweisen, sehr häufig sein, wenn der Rinderbazillus dem Menschen schädlich wäre. Nach ihm hat jedoch Baginsky unter 933 Fällen tuberkulöser Kinder nie Darmtuberkulose ohne solche der Lungen und Bronchialdrüsen, Biedert bei 3104 ebensolcher Obduktionen nur 16 Fälle primärer Darmtuberkulose gesehen. Infolgedessen hält Koch, wenn überhaupt eine Empfänglichkeit des Menschen für den Rinderbazillus besteht, die Gefahr einer Infektion durch Butter, Milch, etc. für gering, fordert aber zu gleicher Zeit zur Wiederholung und Nachprüfung seiner Experimente auf, die auch vielseitig und mit verschiedenen Resultaten gemacht wurden. Da der Raum nicht gestattet, auf dieselben näher einzugehen, so sei nur erwähnt, dass die Uebertragung von Tuberkulose auf das Rind mittelst des menschlichen Bazillus einer grösseren Anzahl von Experimentatoren gelang, denen aber von andern (Baumgarten) Fehlerquellen, wie intraperitoneale oder intravenöse Infektion nachgewiesen wurde. Die auch gegen Koch vorgebrachten Resultate der umfassenden Versuche des Kaiserlichen Deutschen Gesundheitsamtes 1904 wurden kürzlich von Weber in einem eingehenden Artikel über die Tuberkulose des Menschen und der Tiere im Ergänzungsband zum ersten Heft des Handbuches der pathogenen Mikroorganismen besprochen. Er

fand, dass bei Impfungen der Rinder mit menschlichen T. B. unter der Haut am Halse wohl eine Infektion nahe der Impfstelle eintrete, die entsprechende Bugdrüse sogar bis Gänseeigrösse anschwelle, dass aber die menschlichen Bazillen in ihr Halt machten und dieselbe nach wenigen Monaten sich zurückbilde, während bei Impfungen mit bovinen Bazillen der Prozess unaufhaltsam vorwärtsschritt und zu progressiver Tuberkulose führte.

In einem späteren Artikel („Brit. Med. Journal", 20. Dezember 1902) erwähnt Koch verschiedene Punkte zu Gunsten seiner Ansicht und analysiert und widerlegt die Beweiskraft der gegen ihn von den Autoren vorgenommenen Experimente. Er erklärt den grossen Unterschied der von vielen Seiten publizierten Frequenz der primären Darmtuberkulose aus der unbestimmten persönlichen Auffassung, was als solche zu betrachten ist. Er weist auf die Beobachtung hin, dass, wenn in einer Familie oder in einem Platze, wo Milch von einer kranken Kuh genossen wurde, ein Fall von Tuberkulose vorkommt, doch zu erwarten sei, dass andere Mitglieder der Familie oder andere Einwohner auch an Tuberkulose erkranken müssten, während solche Fälle immer nur bei einzelnen Personen, nicht Gruppen berichtet worden seien. Es ist demnach nicht irrationell, vorauszusetzen, dass die Endresultate zukünftiger Experimente und Beobachtungen zeigen werden, dass der menschliche Bazillus in Rindern lokalisierte Tuberkulose erzeugt, der keine Allgemeininfektion folgt, und dass das umgekehrte Verhältniss auch für den Menschen gültig ist. Doch ist, so lange die Frage noch nicht definitiv entschieden ist, die Beibehaltung der bisherigen Vorsichtsmassregeln, z. B. Kochen der Milch, Ueberwachen und Kontrolle der Rinder, geboten.

Ehe ich mit diesen allgemeinen Betrachtungen abschliesse, möchte ich noch in einigen Worten die Beziehungen der Tuberkulose zum Milchkonsum, deren Mortalität in den verschiedenen Lebensaltern und die Heredität besprechen.

Die Mortalität an Tuberkulose in Schweden und Norwegen, wo fast alle Mütter ihre Kinder selbst nähren, ist grösser als in Deutschland. Ein grosser Prozentsatz existiert auch in Havana, China und den Philippinen, in welchen Ländern sehr wenig Milch genossen wird; in letzteren gibt es sehr wenig Kühe. Dasselbe gilt von Japan, von dem Kitasato sagt, dass auf 10,000 Einwohner nur 5 Kühe kämen, und von den besseren Klassen keine Milch genossen wird. Ein drastisches Beispiel, wie leicht ungenügende Beobachtung zu falschen Schlüssen führen kann, ist der früher von den Verteidigern der Milchinfektion oft zitierte, bekannte Fall von Ollivier, im „Bulletin de l'Academie de Médecine", Paris 1891 publiziert. Innerhalb von 4 Jahren akquirierten 13 Insassen einer Mädchenschule Tuberkulose, 6 mit tötlichem Ausgang. Da die Sektion der dem Institut angehörigen Kuh ausgebreitete Tuberkulose nachwies, schien die Annahme einer Milchinfektion gerechtfertigt und wurde als solche von Ollivier rapportiert. Weitere Nachforschungen, von anderer Seite veranlasst, ergaben jedoch, dass die Milch, die stets gekocht wurde, von den Mädchen sehr selten und nur in kleinen Quantitäten, und hauptsächlich von den Lehrerinnen und Dienstboten getrunken wurde, von welch letzteren keine an Tuberkulose erkrankte. Eine von den 13 erkrankten Mädchen konnte ausserdem nicht durch die Milch infiziert worden sein, da sie die Anstalt verliess, ehe die Kuh gekauft wurde.

Naegeli („Virchow's Archiv", 160ter Band) machte bei 88 Sektionen von Kindern von 1 bis 18 Jahren und bei 420 von Erwachsenen genaue Nachforschungen nach dem Vorhandensein von Tuberkulose und führt die pathologischen Befunde an, die ihn zur Annahme einer solchen berechtigten. Er fand in den 88 Kinderleichen tuberkulöse Veränderungen in 15 oder 17 Prozent, von welchen bloss in fünf Fällen die Krankheit klinisch nachgewiesen war. In den Sektionen der zwölf Neugeborenen, in den

16 unter einem Jahr Verstorbenen fand sich keine Tuberkulose. Die Sektionen der Erwachsenen zerfallen in zwei Serien, und da die zweite mit besonderer Sorgfalt durchgeführt wurde, ist bloss der letzteren Resultat gegeben, welches in 284 Leichen bloss 6 aufwies, die frei von Tuberkulose waren. In 63 Fällen war der Verlauf der Krankheit letal gewesen. Diese Statistik, die auch von andern Autoren wegen ihrer Sorgfältigkeit akzeptiert worden ist, zeigt nicht bloss die überwiegende Mortalität nach dem 17ten Lebensjahre, sondern auch dass fast alle Menschen einmal infiziert gewesen sind.

Naegeli's Zahlen werden nach einem Zitat von Behring („Deut. Med. Wochenschrift", Nr. 39, 1903) durch die Untersuchungen des österreichischen Stabsarztes Dr. Franz bestätigt, der bei Soldaten zweier Regimenter Tuberkulinjektionen in Dosen von 1 bis 3 mg und nur im Wiederholungsfall bis 5 mg anwendete, um keine Schädigung hervorzurufen. Er fand bei einem Regiment, das im ersten Dienstjahre stand, 61 Prozent, beim andern im zweiten Dienstjahre 68 Prozent Tuberkulosefälle.

Die Statistik der von Cornet in seinem Buche „Die Tuberkulose" angeführten 21 Autoren, welche die Phthise als hereditär betrachteten, schwankt zwischen 10 und 85 Prozent, welche Differenzen nur aus dem dehnbaren Begriff und der subjektiven Auffassung erklärt werden können und keiner wissenschaftlichen Kritik standhalten können. Wie sehr sich in den letzten Dezennien die Ansichten über den Einfluss der Heredität geändert haben, ist wohl unnötig hervorzuheben, und beschränke ich mich deshalb auf zwei Betrachtungen. Kuthri untersuchte, in wie weit die Eltern von tuberkulösen und nicht tuberkulösen Kindern Tuberkulose zeigten. Tuberkulose hatte bei ersteren, also den Tuberkulösen, der Vater in 10.5 Prozent, die Mutter in 9.9, beide Eltern in 2.4 Prozent, bei den nicht tuberkulösen der Vater in 9.2, die Mutter in 9.2, beide Eltern in 1.0 Prozent, wenn beide Eltern tuberkulös waren demnach der grösste Unterschied bloss 1.4 Prozent wenn beide Eltern tuberkulös waren. Ferner müssen alle Fälle ausgeschaltet werden, in denen die Eltern zur Zeit der Zeugung und Geburt noch gesund waren und erst 10 bis 20 Jahre später erkrankten, womöglicherweise dann vom Kinde infiziert, und man wird Cornet beistimmen, wenn er sagt, dass ein massgebender Einfluss auf die Entwicklung und Verbreitung der Tuberkulose der hereditären Disposition nicht zukommt.

Jede Einteilung der Infektionswege der Tuberkulose hat den Nachteil, dass einzelne Kapitel ineinander übergreifen und nicht scharf getrennt werden können. Die wissenschaftlichste Einteilung wäre wohl in primäre und sekundäre Infektion, wobei aber jeder Infektionsweg zweimal abgehandelt werden müsste. Man kann auch die einzelnen Organe für sich besprechen, was aber ebenfalls Wiederholungen nötig macht. Mir schien die Betrachtung vom klinischen Standpunkt für unsere Zwecke am geeignetsten, da sie unsern praktischen Bedürfnissen am besten entsprechen dürfte. Ich habe demnach das Thema in vier Abschnitte geteilt, viz., Infektion durch Inhalation, durch Fütterung, lymphogene- und hämatogene Infektion, und kann ich mich nach den vorausgeschickten, etwas langen einleitenden Bemerkungen in vielen Fällen um so kürzer fassen.

I. *Infektion durch Inhalation.*

Die eingangs angedeuteten Meinungsverschiedenheiten der Autoren treten auf keinem Gebiete stärker zu Tage als auf diesem, da manche die Inhalation gar nicht oder nur in den seltensten Fällen, andere sie wieder für die häufigste Infektionsquelle halten. Der Hauptgrund dieser verschiedenen Ansichten liegt wohl in der Auffassung, was als Inhalationsinfektion zu betrachten ist. Wenn man nach Orth den einwandsfreien Beweis, dass aus inhalierten Bazillen direkt beim

Menschen Tuberkulose entstanden ist, verlangt, so ist es bei der entwickelten Krankheit in den meisten Fällen nicht möglich nachzuweisen, wie sich die ersten Vorgänge abgespielt haben. Doch gibt auch er die Möglichkeit zu, dass trotz der Schutzvorrichtungen, wie des Flimmerepithels, des abfliessenden Schleimes, etc., wiederholt inhalierte Bazillen bis in die Lungen, sogar die Alveolen gelangen können. Birch-Hirschfeld, Cornet, A. Fraenkel, Lubarsch befürworten die direkte Inhalationsinfektion. Man wird aber nicht fehlgehen, wenn man den Begriff der Inhalation etwas breiter auffasst und darunter auch Infektionen versteht, die durch eingeatmete Bazillen hervorgerufen werden, obwohl zugestanden werden muss, dass in der Mehrzahl der Fälle die erste Erkrankung nicht an der Eintrittsstelle des Bazillus, sondern in einem Abschnitte des Lymphdrüsensystems sich zeigt, wie wir ja auch bei tuberkulösen Kindern hauptsächlich die Bronchialdrüsen ohne Ergriffensein der Lungen infiziert sehen.

Obwohl auf die einzelnen Arten der Infektion nicht eingegangen werden kann, so kann die in den letzten Jahren viel ventilierte Tröpfcheninfektion nicht unerwähnt bleiben. Von den einzelnen Organen muss auf die häufige Infektion der Nase durch Kontakt mit Fingernägeln der bereits Erkrankten hingewiesen werden, da sich unter den Nägeln häufig Bazillen vorfinden. Doch ist nach dem bekannten Erfahrungssatze, dass, je weiter wir uns von der Eingangspforte der Atmungsorgane entfernen, die tuberkulösen Erkrankungen zunehmen, die Nase am seltensten ergriffen. Dies hat wiederum in den mannigfachen Schutzvorrichtungen derselben ihren Grund, wie deren sehr entwickeltem Flimmerepithel, der starker Reflextätigkeit, der Bakterien feindlichen Wirkung ihres Schleimes. Durch kommunizierende Lymphgefässe können bei Nasentuberkulose die Meningen affiziert werden.

Ueber die Infektion der Rachentonsille ist in den letzten Jahren so viel publizirt worden, dass dieselbe als bekannt vorausgesetzt werden kann, nur über ihre Häufigkeit herrschen verschiedene Ansichten. Die Gaumentonsille wird im nächsten Kapitel besprochen werden.

II. *Fütterungs-Tuberkulose.*

Die in den einleitenden Bemerkungen erwähnte Beobachtung, dass der Bazillus in anderen Organen Tuberkulose hervorrufen kann, ohne eine Spur an seiner Eintrittsstelle zu hinterlassen, gilt noch mehr für die durch Nahrung, als durch Inhalation erzeugte Tuberkulose. Eine Bestätigung dessen, sowie die experimentelle Feststellung des wahren Weges der Infektion unter natürlichen Bedingungen ergibt sich aus den Versuchen von Welemínsky („Berl. Klin. Wochenschrift", Nr. 37, 1903). Derselbe fütterte sieben Kaninchen und sieben Meerschweinchen 8 bis 20 Tage lang mit Kulturen menschlicher T. B. mittlerer Virulenz und tötete sie zu verschiedenen Zeiten von 20 bis 80 Tagen. Von den sieben Kaninchen blieben drei ganz gesund, eins zeigte Erkrankung des Darm- und Respirationstraktus, in dreien wurde bloss letzterer und nicht der Darm infiziert gefunden. Bei der grossen Empfänglichkeit der Meerschweinchen, die nach ihm in eine Parallele mit dem vulnerablen kindlichen Darm gesetzt werden kann, fanden sich Darm- und Respirationstraktus aller Tiere erkrankt. Dass aber letzterer primär und unabhängig vom Darm erkrankt war, ging aus dem Entwicklungsstadium der Herde hervor, die in den Submaxillardrüsen stets ebensoweit und in dreien weiter forgeschritten waren, als in den Mesenterialdrüsen.

Primäre Tuberkulose der Rachenorgane, auch des Osophagus, werden von verschiedenen Beobachtern mitgeteilt, unter anderen auch vom Verfasser ein sehr schwerer Fall von primärer Pharynx- und Larynxtuberkulose, der nie Tuberkulose der Lunge oder anderer Organe aufwies und auch jetzt nach sech-

zehn Jahren vollständig geheilt geblieben ist. Doch ist die Infektion dieser Teile überwiegend sekundärer Art, und einerseits sind die Gaumentonsillen und besonders deren Krypten eine häufige Eintrittsstelle für den Bazillus, ohne notwendigerweise selbst zu erkranken, andererseits sind sie der Infektion durch die Passage des bazillenreichen Sputums ausgesetzt. Der primären Darmtuberkulose wurde bereits Erwähnung getan; auch über ihre Häufigkeit sind nicht alle Beobachter einig.

Eine neue, eigenartige Infektion ist von Behring auf der Naturforscherversammlung in Cassel 1903 angegeben und in der Berliner Medizinischen Gesellschaft 1904 näher besprochen worden, viz: dass die Säuglingsmilch die Hauptquelle für die Schwindsuchtentstehung sei, demnach die Ansteckung im Säuglingsalter vom Intestinaltraktus durch die T. B. der Tiermilch erfolgt, die dann in den Lymphbahnen und den Drüsen jahrelang latent liegen, bis sie durch das Blut in die Lungen verschleppt werden. Diese Auffassung ist so neu und überraschend und steht mit den bisherigen Ansichten über Tuberkuloseinfektion so sehr in Widerspruch, dass selbst einer seiner Anhänger etwaige Missverständnisse aufzuklären versucht. Behring habe nicht behauptet, dass er die Säuglingsinfektion allein auf die von der Kuh her bazillenhaltige Nahrung beziehe, da das in der Phthisikerwohnung zerstreute Tuberkelvirus auch in die Milch kommen könne (eine längst anerkannte Infektionsquelle); ferner sähe Behring in der Säuglingsinfektion nicht die alleinige Ursache der späteren Lungenschwindsucht, die infantile, tuberkulöse Infektion aber prädisponiere zu derselben. Da der gegenwärtige Aufsatz keine Kritik, sondern bloss ein gedrängtes Resumé der jetzt herrschenden Ansichten sein soll, so sollen nur einige gegenteilige Aeusserungen mitgeteilt werden. So sagt B. Fraenkel in der dem Berliner Vortrag folgenden Diskussion, dass, obwohl Lungentuberkulose einer Intestinalinfektion folgen könne, die T. B., ehe sie den Ductus thoracicus erreichen, in der Regel Spuren hinterlassen, und doch seien abdominale Lymphdrüsen in Kindern seltener tuberkulös als solche der Brust und des Halses. Er fügt hinzu, dass Behring's Anschauung von bewährten Wegen der Prophylaxe abbringe. Baginsky sagte, tuberlös belastete Kinder sterben in der Säuglingszeit selten an Tuberkulose, und dann finde man ausnahmslos Erkrankung der Bronchialdrüsen, selten des Darmtrakts. Bei der anfangs erwähnten, nach Koch mindestens zweifelhaften Schädlichkeit des Rinderbazillus für den Menschen, bei den von vielen Autoren nachgewiesenen Möglichkeiten anderer Infektionsquellen, bei der unserer Vorstellung widerstrebenden nötigen Latenz der T. B., die sich in den betreffenden Fällen von 15 bis 30 Jahre erstrecken müsste, hat auch die Behring'sche Auffassung bisher mehr Gegner als Anhänger.

III. *Lymphogene Infektion.*

In den vorhergehenden beiden Abschnitten ist zur Genüge die wichtige, hervorragende Rolle betont worden, welche die Lymphgefässe und Lymphdrüsen bei der Infektion spielen, sodass auf Einzelheiten nicht eingegangen zu werden braucht. Es sei nur erlaubt, auf die klare Darstellung von Cornet in seinem bereits zitierten Buche hinzuweisen, in welcher Weise die Bronchialdrüsen primär infiziert werden. Er zeigt dies an dem Beispiel der Inhalation von Kohlenstaub, der zuerst am meisten in den ersten Luftwegen, weniger in den tiefen, und am wenigsten in der Lunge sich vorfindet. Nach Stunden oder auch Tagen sind die oberen Partien frei in Folge von Elimination der Kohlenpartikel durch Flimmerepithel und den Schleimstrom, während der tiefer eingedrungene Rest noch vorhanden ist und zurückbleibt, soweit er nicht auf dem Lymphwege nach den Bronchialdrüsen transportiert wird. Die Alveolen, denen das Flimmerepithel fehlt,

werden von den eingedrungenen Staubkörpern durch die Lymphwege nach den Drüsen zu entlastet, so dass man bei Experimenten die Bronchialdrüsen von Kohlenstaub gefüllt sah. Ein seltener Weg ist die Darminfektion durch die mesenterialen, respektive retroperitonealen Drüsen, welche letztere Kommunikation mit den Bronchialdrüsen haben. Ferner stehen alle Lymphgefässe der oberen Körperteile durch die oberflächlichen und die diese aufnehmenden tiefern Cervikaldrüsen mit den Bronchialdrüsen in Verbindung, und ist besonders die Lymphbahn, welche die Bazillen bei Infektion der Tonsillen einschlagen, in neuerer Zeit von vielen Autoren gründlich beschrieben worden.

IV. *Hämatogene Infektion.*

Eine wirkliche primäre hämatogene Infektion kommt bloss im Uterus vor in Folge des plazentaren Uebergangs von Tuberkelbazillen auf den menschlichen Foetus, und ist der erste authentische Fall von Schmorl und Birch-Hirschfeld in Ziegler's Beitrag zur pathologischen Anatomie 1891 beschrieben worden. Solche Infektionen sind sehr selten, sodass bis 1905 bloss 12 unzweifelhafte Fälle publiziert wurden, doch hat Schmorl bei Untersuchungen von 20 Plazenten tuberkulöser Frauen neunmal oder in 45 Prozent tuberkulöse Herde gefunden.

Sekundäre hämatogene Infektion tritt ein, wenn ein tuberkulöser Herd z. B. einer Drüse zerfällt und deren Inhalt sich in die Gefässe ergiesst. Ein exquisites Beispiel hiervon ist die akute Miliartuberkulose. Auch können beschränkte, mildere hämatogene Infektionen der Lunge durch Verschleppung tuberkulöser Herde der Gefässwandungen oder der entfernteren Organe entstehen. Die tuberkulöse Erkrankung der grösseren viszeralen Drüsen, der Milz, Leber, Nieren, ebenso der Knochen, Gelenke, Schilddrüse, Peritoneum etc., beruhen ebenfalls vorzugsweise auf hämatogener Infektion.

Wenn ich diese gedrängte Abhandlung hiermit beschliesse, so bin ich mir wohl bewusst, dass ich in vielen Fällen wichtige Vorgänge bloss habe andeuten können, um nur einen kurzen Ueberblick über dieses so unendlich wichtige und grosse Gebiet zu ermöglichen.

Analgesie während der Geburt,

Von Dr. L. A. Ewald.

Es ist das Bestreben aller Zeiten und Völker gewesen, die Schmerzen der Gebärenden abzukürzen und zu lindern. Wie vielfältig die Mittel sind, sowohl übernatürlich als natürlich, die im Altertum im Brauche waren und auch heute noch zur Anwendung kommen, beschreibt Ploss-Bartels in ausgiebiger Weise.

Bei den niederen Völkern spielen mystische Massnahmen, das Anbeten einer metaphysischen Gewalt eine grosse Rolle; es ist ja nicht von der Hand zu weisen, dass derartige Gebräuche und sympathetische Mittel auf die Psyche geistig tiefstehender Patientinnen einen Einfluss ausüben; überraschend ist aber, dass sich derartige Mittel auch unter hoch oder überkultivierten Menschen des zwanzigsten Jahrhunderts erhalten haben und gepflegt werden, teils unter dem Deckmantel der Suggestion, teils als Machtwirkung des Glaubens einer christlichen Wissensgesellschaft.

Neben den mystischen Mitteln des Al-

tertums waren bei den Griechen und Römern schon äussere und innere natürliche Mittel im Gebrauche in Form von Salben und Getränken, die wohl teils einen narkotisierenden Einfluss hatten; viel deutlicher ist das noch durch den Gebrauch der alten Egypter bewiesen, die bei schwerer Geburt in die Geschlechtsteile der Frau ein Stück Opium einführten. Wenn man ferner dem Brauch der alten Araber und Inder näher tritt, erstere beräucherten die Gebärenden mit gewissen Dämpfen und bei letzteren musste die Frau bei schwerer Geburt Kohlendampf einatmen, so muss man zugeben, dass der Schritt zur allgemeinen Narkose nur noch ein kleiner war.

So wurden Aether und Chloroform auch bald verwendet, ferner der Reihe nach Narkotika wie Morphium, Kokain, Chloral, ferner die Gase Bromäthyl und Stickstoffoxydul, aber alle gaben nicht die befriedigenden Resultate. Obwohl von der Einführung des Chloroforms gesagt werden muss, dass es einen der grössten Fortschritte in der Geburthilfe bildet, indem es uns die schmerzhaftesten Operationen mit Bedacht und Schonung auszuführen gestattet, so kann es als eigentliches analgesierendes Mittel in der Geburtshilfe nicht gelten, da bei längerer Ausdehnung der Narkose und der verbrauchten Menge für Kind und Mutter Schaden entsteht.

Die Spinalanästhesie, die als nächste in der Reihe war, hat bisweilen unangenehme Folgen und muss trotz aller Verbesserungen auf bestimmte Fälle beschränkt bleiben.

Von grösserer Tragweite scheint nun eine Neuerung zu sein, die in der Form der Skopolamin-Morphium-Narkose im Jahre 1901 von Steinbüchel in die Geburtshilfe eingeführt wurde. Die Skopolamin - Morphiumwirkung war allerdings schon längst bekannt, hatte durch die gründlichen Arbeiten von Schneiderlin und Korff verschiedene Wandlungen durchgemacht und wurde auf dem psychiatrischen und chirurgischen Gebiete viel verwendet. Die günstigen Erfolge des Mittels ermutigten zur Anwendung in der Geburtshilfe, was auch sehr bald erfolgte; so sind wir heute im Stande, über eine schöne Reihe von Statistiken zu verfügen. Es liegen Berichte vor aus den Kliniken von Jena, Giessen, Budapest, Klagenfurt — Gauss verwandte es an 725 Fällen in Freiburg, Lehmann in Karlsruhe berichtet über 70 Fälle, Kroemer, ferner Hocheisen und Bardeleben machten ausführliche Versuche.

Ich versuchte die Skopolamin-Morphium-Narkose an einer Reihe von 45 Fällen, schwächliche Frauen oder gar solche, die an irgend einer Organstörung, Nieren- oder Herzleiden litten, wurden ausgeschlossen. Skopolamin-Morphium wurde subkutan injiziert, nachdem die regelmässigen Wehen begonnen hatten. In meinen ersten 14 Fällen verabreichte ich als erste Injektion 0.00045 Skopolamin und 0.01 Morphin; war der Erfolg ein nicht vollständiger, so liess ich in 1½—2 Stunden eine zweite Einspritzung von 0.0003 Skopolamin folgen.

In allen den übrigen Fällen — und das ist jetzt auch die Regel — wurde als erste Dosis 0.0003 Skopolamin und 0.01 Morphin injiziert; waren nach 1½ Stunden die Schmerzen noch nicht verschwunden, so wurde eine weitere Einspritzung gemacht; eine dritte Injektion soll vor Ablauf weiterer 2 Stunden nicht gemacht werden. Ich verwandte ausschliesslich Skopolamin (Merck). Beide Lösungen, Skopolamin und Morphin, werden einzeln für sich bereitet und sterilisiert und dann zu einer Lösung vereint; die Lösung soll im Dunkeln aufbewahrt werden, der Zusatz eines Antiseptikums ist nicht notwendig; die Lösungen halten sich über ein Jahr.

Die Zahl meiner 45 Patientinnen verteilte sich auf 12 I parae und 33 mehrgebärende; in 4 Fällen waren Operationen notwendig: dreimal Entbindung mittelst

Zange wegen Erschöpfung, einmal Dilatation der Cervix nach Bossi und folgende Wendung.

Hinsichtlich der Art der Wirkung kann konstatiert werden, dass die ersten Zeichen sich in ungefähr 10 Minuten nach der ersten Injektion geltend machen; sie bestehen in einer ausgesprochenen Müdigkeit und Verminderung des Wehenschmerzes, die Patientinnen geraten in einen leichten Schlafzustand, in eine Art Dämmerschlaf, aus dem sie nur während der Wehen erwachen; in einigen Fällen beobachtete ich eine starke Erregtheit, indem sich die Patientinnen hin und herwarfen. Die Schmerzepfindlichkeit, die mit der Nadel geprüft wurde, war überall sehr herabgesetzt, ebenso war die Empfindung des Unterschiedes zwischen Heiss und Kalt träge und undeutlich, die Pupillen waren in einigen Fällen weit; die Reaktion, die in jedem Falle geprüft wurde, war verlangsamt; manche Frauen klagten über Trockenheit im Halse und Durstgefühl. Hinsichtlich der Respiration und der Herztätigkeit konnte ich etwas von der Norm abweichendes nicht konstatieren. In der Austreibungsperiode vergassen die Patientinnen die Bauchpresse anzuwenden und mussten immer dazu aufgefordert werden. Was die Wirkung auf die Psyche betrifft, so ist die Verminderung oder völlige Abwesenheit des Wehenschmerzes eklatant, es ist eine Trägheit und Trübung im Sensorium vorhanden, ohne dass die Frauen bewusstlos sind. Das Erinnerungsvermögen scheint verschwunden zu sein und die völlige Amnesie ist sicher noch eine glückliche Beigabe der Wirkung. Viele Frauen wissen gar nicht, dass das Kind geboren ist, sind nachher oft sehr erstaunt über die Tatsache und erinnern sich nicht an die Wehen. Erstgebärende scheinen den Vorteil nicht so zu schätzen als Mehrgebärende, die nach ihren früheren Erfahrungen ganz erstaunt sind, dass sie bei dieser Geburt keine Schmerzen empfanden.

Wie gestaltet sich die Wirkung auf das Kind? 39 Kinder zeigten sofort nach der Geburt die vollständige Lebensfrische, bei 6 Kindern beobachtete ich Asphysie und Depression in der Atmung, auch war bei diesen Kindern in den ersten Lebenstagen eine ausgesprochene Schläfrigkeit und Trägheit in der Nahrungsaufnahme vorhanden — 1 Kind will ich von den 6 abrechnen, da es sich hier um ein offenes Foramen ovale handelte. Diese Erscheinung bei den Kindern werden ohne Zweifel durch das Morphin verursacht; dass alle löslichen Substanzen durch die Plazenta in den kindlichen Körper übergehen können, wissen wir; es ist ferner bekannt, dass die Ausscheidung des Morphiums aus dem Körper eine sehr langsame ist — die des Skopolamins erfolgt rasch — dass das Morphin auf den feinen und empfindlichen Organismus des Neugeborenen einen empfindlichen Einfluss haben muss, dass ferner dessen Ausscheidung von demselben bei dem Beginn der Funktion der kindlichen Organe ein langsamer ist, dass es selbst nach der Ausscheidung in den Schleimhäuten zur nochmaligen Resorption kommen kann, sind nur zu nahe liegende Befürchtungen; wie gewaltig die Einwirkung des Morphins auf den kindlichen Körper ist, sieht man an den Fällen von chronischem Morphinismus der Mütter.

Ueber die physiologische Wirkung beider Alkaloide besitzen wir trotz vielfacher experimenteller Prüfung noch nicht volle Klarheit; in der Toxikologie gelten beide als Antagonisten, wie weit sie aequivalent sind, lässt sich leider durch einfache klinische Beobachtungen nicht so leicht feststellen.

Das Morphium wird selbst vom schwachen Herzen in einer Gabe von 1—3 cg gut vertragen; es hat aber eine entschieden lähmende Wirkung auf das Atmungszentrum; es deprimiert die Atmungstätigkeit, dieselbe wird langsamer und oberflächlicher.

Das Skopolamin beeinflusst die Atmung nicht in nennenswerter Weise, eine leichte Beschleunigung derselben wird von Vogel berichtet, dagegen bewirkt es Steigerung der Pulsfrequenz und Erhöhung des Blutdrucks. Nach unserer bisherigen Beobachtung dürfen wir beide Alkaloide nicht ganz als antagonistische Mittel bezeichnen, von einer mathematischen Auflösung beider Komponenten kann ganz sicher nicht die Rede sein.

Was den Einfluss der Skopolamin-Morphium-Narkose auf die Tätigkeit des Uterus und der austreibenden Kräfte anlangt, so stehe ich unter dem Eindrucke, dass dieselbe hier nicht notwendig ist. In 10 Prozent meiner Fälle sah ich Wehenschwäche, die ich aber von anderen Faktoren als abhängig betrachten muss; ein Drittel meiner Fälle verlief äusserst rasch, und ich muss bekennen, dass infolge der Schmerzlosigkeit die Anwendung der Bauchpresse in der Austreibungsperiode eine viel freiere war. Nachblutung nach Geburt der Plazenta beobachtete ich zweimal; dieselben kamen bei den üblichen Massnahmen leicht zum Stillstand; in allen übrigen Fällen waren die Kontraktionen des Uterus gut. Einen üblen Einfluss auf Wochenbett und Stillgeschäft konnte ich nicht beobachten.

Wenn ich das Ergebnis meiner an 45 Fällen gemachten Beobachtungen über Skopolamin-Morphiumanalgesie nochmals zusammenfasse, so muss ich sagen, dass sie eine bis jetzt unerreichte Methode ist, um die Schmerzen während der Geburt abzuschwächen oder ganz auszuschalten. Allerdings ist an der Tatsache festzuhalten, dass beide Alkaloide starke Gifte sind, dass der schädliche Einfluss des Morphiums auf das Atmungszentrum besonders des Kindes deutlich ist, dass ferner das Skopolamin viel heftiger wirkt als Atropin, man vergleiche nur den Einfluss auf die Pupillen; nur durch die glückliche Kombination beider sich abschwächenden Komponenten sind wir im Stande, eine Analgesie zu erreichen, wie wir sie mit einem der beiden Alkaloide allein infolge der toxischen Gefahr nicht wagen dürften. Vielleicht lehren weitere Erfahrungen, in wieweit wir die Dosis des einen oder anderen Alkaloids vermindern oder steigern können, oder es liefert uns die Chemie ein modifiziertes, von gewissen unangenehmen Nebenwirkungen freies Präparat, um die möglichst geringe toxische und ideale Wirkung zu erreichen.

Hinsichtlich der weiteren Verwendung der Methode muss noch erwähnt werden, dass sie bei allen Organ- und Stoffwechselerkrankungen kontraindiziert ist, ferner bei fieberhaften Erkrankungen, bei primärer Wehenschwäche und bei allen Erkrankungen und Zuständen, bei denen durch den erzeugten Dämmerschlaf die richtige Diagnose und der wahre Charakter (z. B. akute Anaemie) verwischt werden könnte. In der Privatpraxis habe ich beobachtet, dass das gerötete Gesicht, das tiefe Stöhnen während der Wehen sowie ein Zustand der Erregung, den man bisweilen beobachtet, auf die Umgebung den Eindruck macht, als ob die Frauen schwer leiden; diese jedoch können sich der Sensation nicht erinnern.

Unter Kenntnis der Erscheinungen und bei Beobachtung gewisser Regeln, lässt sich die Skopolamin-Morphiumanalgesie als ein schätzenswerter Fortschritt in der Geburtshilfe bezeichnen; eine Gefährdung der Mutter, ein schädlicher Einfluss auf den Geburtsakt oder nachteilige Nebenwirkungen auf die Frau sind bis jetzt nicht beobachtet worden; es warnt nur die im Vergleich zum natürlichen Entbindungsverfahren häufigere Asphysie der Kinder zur Vorsicht, woraus für den Arzt die Notwendigkeit erwächst, den Verlauf der Geburt gewissenhaft zu überwachen und, wenn nötig, dieselbe rasch zu beendigen; der hierin liegende Nachteil muss mit voller Berechtigung den Enthusiasmus etwas eindämmen, mit dem die Methode als: „Ent-

bindung ohne Schmerzen" an die Aerzte und Laienwelt gelangte. So unschädlich, erleichternd und schonend das Mittel in seiner Wirkung auf die Gebärende auch sein mag, so fordert doch das „Primum non nocere" auch für das Kind seine volle Berücksichtigung.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 5. November 1906.

Präsident Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Sitzung um 8½ Uhr.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliesst das Protokoll der vorhergehenden Sitzung, welches genehmigt wird.

1. **Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten etc.**

a. Dr. Guttmann: **Ein Fall von Empyem der Nebenhöhlen der Nase kombiniert mit Durchbruch in die Orbita.**

Diskussion. Dr. L. Weber: Ich möchte fragen, ob es nicht wahrscheinlicher ist, dass die Infektion von der Nasenhöhle ausgeht.

Dr. J. Guttman: Ich bin auch der Ansicht, dass die Infektion von der Nase und dann durch eine Infektion der Siebbeinhöhle indirekt durch die Highmorshöhle ging, nicht umgekehrt, dass die Zahnwurzel erst erkrankte und dann die Highmorshöhle.

b. Dr. C. Beck: **Ueber einen Fall von totaler Epispadie mit Blasenhalsektopie, nach einer neuen Methode hergestellt.** Patient, ein vier Jahre alter Knabe von den Bahamainseln, leidet an Inkontinenz des Urins, so dass seine Kleider beständig benässt werden. Bei der Untersuchung, welche am 28. September d. J. im St. Mark's Hospital stattfand, liess sich eine kirschförmige, leicht nach oben gekrümmte Eichel konstatieren, welche sich gegen eine von oben überhängende Bauchfalte drängt. Zog man die Eichel nach vorn oder nach unten, so erschien ein kurzer Penis, an dessen Oberfläche sich eine mässig breite Rinne erkennen liess, welche sich in ein ziemlich weites Infundibulum fortsetzte. Durch die trichterförmige Oeffnung desselben kann man mit dem Finger in die Blase gelangen. Die Rinne sowohl als die trichterförmige Pforte sind mit dünner Schleimhaut ausgekleidet. Aus der Tiefe tröpfelt leicht zersetzter Urin in kurzen Zwischenräumen. Unterlässt man den Zug am Penis, so zieht sich derselbe so weit zurück, dass die Eichel sich über die Oeffnung deckt, so dass sie wie ein Stöpsel auf der Flasche ruht.

Die Trichterform der Oeffnung über der Symphyse erweckte in mir den Gedanken, die Wandungen derselben zugleich mit der Penisrinne abzulösen, gerade wie man einen Bruchsack zusammen mit dem Samenstrang bei der Radikaloperation der Leistenhernie loslöst und mobilisiert. Ich führte den Plan in folgender Weise aus:

Erster Schritt: Um das Infundibulum sowohl wie die Aussenränder der Penisrinne wird ein zusammenhängender Schnitt geführt, in der Absicht einen kohärenten Kanal auszuschälen, welcher als künftige Harnröhre dienen sollte. Um auch nach oben zu genügendes Material zu erhalten, löste ich fernerhin einen Teil der Bauchhautfalte ab und beliess ihn im Zu-

sammenhang mit der Trichterwand.

Das weitere Vordringen in die Tiefe wurde dadurch wesentlich erleichtert, dass ich meinen Zeigefinger in die Oeffnung steckte und nun die Wand über den Finger heranzog, wie man es beim Anprobieren von Handschuhen zu tun gewohnt ist. So figurierte der Finger einmal als Mentor und andererseits übte er so viel Druck auf die Wandung aus, dass dadurch die Blutung auf ein Minimum reduziert wurde. Obgleich die Wandungen dünn waren, so erschienen sie doch ziemlich fest, und gelang es mir dadurch, dass ich die Schneide des herausschälenden Messers mehr gegen die umgebenden Gewebe als gegen die Trichterwand kehrte, die Isolierung des Sackes ohne die geringste Nebenverletzung zu vollenden. Als der oberste Teil des Infundibulums auf etwa zwei Zoll Tiefe entwickelt worden war, sah ich von dem Versuch weiterer Ausschälung ab.

Zweiter Schritt: Unter der Eichel wurde nun ein Querschnitt geführt, welcher die zwei Längsinzisionen, die zu Beginn des Eingriffs der Penisrinne entlang angelegt worden waren, mit einander verband. Auf diese Weise wurde ein Lappen geschaffen, welcher die Penisrinne enthielt und zugleich in direktem Zusammenhang mit dem soeben ausgeschälten Trichter verblieb und somit einen integrierenden Bestandteil desselben bildete, nachdem er bis in das Trichterinnere von seiner Unterlage lospräpariert worden war. Nunmehr hatten wir ein völlig neugebildetes Hohlorgan vor uns welches wie ein Bruchsack aussah, in dessen Bodentasche sich der Blasenhals befand.

Um nun dieses weite Gewebsrohr in eine Harnröhre zu wandeln, fältelte ich das ganze mehrfach zusammen, ähnlich wie man die Falten eines Hemdbusens übereinander legt.

Dritter Schritt: Die Eichel wurde mittelst eines zweischneidigen Skalpells in Deltaform durchstochen. Dann erweiterte ich die dadurch erzielte Oeffnung, sodass der ganze obere Teil des Sackes durchgezogen werden konnte. Die gefältelten Wundränder desselben wurden darauf mittelst reiner Seide nach dem Prinzip der Tabaksbeutelnaht an der Eichelspitze befestigt. Zu besserem Schutze fügte ich vier stärkere Seidennähte hinzu, welche tiefer in die Röhre sowohl als in die Eichelwundränder eingriffen und zwar eine vorn, eine hinten und zwei andere je auf der Seite.

Um den kurzen Penis etwas zu verlängern, formte ich aus einem Stück überflüssiger Vorhaut einen zungenförmigen Lappen, welchen ich zwischen Bauch und Penis einfügte. Der Rest der Wunde wurde nach allgemeinen Grundsätzen vernäht.

Der Blutverlust war während des gesammten Eingriffs mässig gewesen. Insbesondere verursachte die Loslösung der Trichterwand eine kaum nennenswerte Flächenblutung. Beim Loslösen der Penisrinne war dieselbe etwas stärker, liess sich jedoch durch das temporäre Druckverfahren in Verbindung mit Heisswasserirrigation gut im Zaume halten.

Die Wundheilung verlief ohne Störung. Pat. klagte hie und da über geringe Schmerzen in der Blasengegend. Im Verlauf der ersten Woche dauerte die Inkontinenz des Urins fort. Vom achten Tage an gelang es Pat., den Urin eine Stunde lang zurückzuhalten und seit der dritten Woche auf zwei und drei Stunden. Vor einigen Tagen hielt er denselben auf volle vier Stunden. Wie Sie sich überzeugen, lässt er fast zu jeder Zeit Wasser auf Kommando und zwar in einem nahezu normalen Strahl. Dieses erfreuliche Phänomen lässt uns hoffen, dass die vortreibende Kraft der Röhre sich im weiteren Verlauf noch mehren wird.

Es lässt sich nun nicht läugnen, dass der Penis kurz erscheint. Immerhin ist er länger als vor der Operation. Denn es ist ja nichts von ihm weggenommen worden, er hat im Gegenteil durch den Hautrand des Trichters sowohl wie durch den zungenförmigen Hautlappen einen kleinen Zuwachs erfahren. Die Stellung ist jedoch gänzlich normal geworden. Die Hauptsache aber bleibt, dass die Blase kontinent geworden ist, und zwar schon nach einer Woche, ein

Resultat, das sich meines Wissens noch bei keiner anderen Methode bei ähnlich hochgradigen Fällen hat erreichen lassen. Ich schreibe das wesentliche des Erfolges dem Umstande zu, dass alle erhältlichen kontraktile Elemente in der Röhre enthalten sind.

Es möge noch hinzugefügt werden, dass die Symphye zwar sehr dünn aber normal ist, und Pat. zwei Hoden besitzt, von denen der eine seinen Deszensus nicht gänzlich vollendet hat.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Unsere Gesellschaft ist heute durch die Anwesenheit eines Gelehrten geehrt, der sich durch seine trefflichen Beiträge zur Gynäkologie und Geburtshilfe einen klangvollen Namen erworben hat. Es gereicht mir zu grossem Vergnügen, Herrn Dr. Wertheim von Wien in unserer Gesellschaft herzlich willkommen zu heissen und ihn zu bitten, an meiner Seite Platz zu nehmen.

Dr. W. Freudenthal zeigt mehrere **Saugapparate** zur Diagnose und zur Behandlung vor, und beschreibt Gebrauch derselben.

Dr. J. Wiener Jr. demonstriert mehrere Präparate von **gangränöser Cholecystitis.**

Diskussion. Dr. J. G. W. Greeff: Ich möchte Dr. Wiener fragen, weshalb er sofort operiert hat bei einer Temperatur von 100.4 und dem verhältnismässig guten Puls. Wurde die Operation etwa infolge einer Blutuntersuchung gemacht, wie bei Appendizitis, sodass er daraufhin seine Diagnose oder Prognose gestellt hat?

Dr. Carl Beck: Ich finde diese Fälle ausserordentlich interessant und belehrend, abgesehen davon, dass man Dr. Wiener zu seinen glänzenden Resultaten entschieden Glück wünschen kann. Namentlich der Vergleich mit der gangränösen Appendizitis ist sehr glücklich gewählt. Wir sind, trotzdem wir in Amerika über eine besonders grosse Auslese von Beobachtungen gebieten, heute noch nicht soweit gekommen, zu wissen, ob der Stein beim Wurmfortsatz die Ursache der Gangrän ist oder umgekehrt. Ich habe mich in den letzten Jahren immer mehr dazu geneigt, Stein bei Appendizitis als Ursache der Gangrän anzusehen, und zwar der zirkumskripten Gangrän, die auch analoger Weise in diesem Fall vorhanden gewesen sein mag, indem eine langsame Durchreibung des schon arrodierten Gewebes stattfand. Gerade wie beim Wurmfortsatz im kleinen, so kann der grosse Fremdkörper in der Gallenblase auch schliesslich bei einem grösseren Areal die Usur veranlassen, nach welcher wir so schwere Vergiftungssymptome beobachten. Es ist ja selbstverständlich, dass man in diesen Fällen die Gallenblase nicht bloss eröffnet, sondern entfernt, während ich immer wieder ein Wort der Warnung denjenigen Chirurgen zurufen möchte, welche die Gallenblase in den meisten Fällen von Gallenstein entfernen. Wenn die Gallenblase entzündet ist, kann man sie heilen, indem man sie drainiert. Nur wenn die Wandung ganz verändert ist, wie bei schweren entzündlichen und gangränösen Prozessen, soll man sie entfernen.

Dr. Leonard Weber: Was mich überrascht hat, ist dass die gangränöse Form der Schleimhaut der Blase ziemlich häufig sei. Ich habe eine grosse Reihe von Gallensteinkrankheiten gesehen, weit mehr als 120 — ich habe noch im letzten Winter hier Mitteilung darüber gemacht — und ich habe doch nur wenige Fälle gesehen, in denen es sich um gangränöse Entzündung der Gallenblasenschleimhaut handelte, einmal bei Gegenwart eines Steines von ca 60 Gramm Gewicht. Die Patientin, eine alte Dame von 75 Jahren, schien anfangs die Operation günstig zu überstehen. Sie machte die erste Woche nach der Operation gut durch, dann auf einmal traten Kollapserscheinungen ein, und sie starb. Autopsie wurde nicht erlaubt, und ich kann nicht sagen, was in den zwei Wochen nach der Operation vorgegangen ist. Ziemlich häufig, denke ich, können diese Fälle von gangränöser Entzündung der Gallenblasenschleimhaut doch nicht sein. Was nun die Entfernung der Gallenblase betrifft, so möchte ich doch Kollegen Beck entgegnen, dass meiner Ansicht nach die Gallenblase entfernt

werden sollte, wenn es notwendig ist und nur dann, wenn es notwendig ist, und notwendig kann es sein, wenn sie sich in stark verändertem pathologischen Zustande befindet. Die Gallenblase ist nicht der Appendix. Sie hat eine bestimmte Funktion, und wenn sie weiter nichts zu tun hätte, als Galle durchzuspritzen, um bei event. Ansammlung von Sand u. s. w. mitzuhelfen, denselben zu entfernen, schon deswegen wäre sie wichtig und dieses Organ nicht zu opfern, wenn es nicht notwendig ist. Augenblicklich befindet sich ein Mann von ungefähr 50 Jahren, den ich im letzten Winter konsultationsweise gesehen habe, im städtischen Krankenhaus in München. Der Fall ist folgender: Der Patient hat vor 4 Jahren — 46 Jahre alt — einen mässigen Anfall von Cholecystitis mit etwas Fieber und ganz schwachen Ikteruserscheinungen gehabt. Unter der gewöhnlichen Behandlung ging der Anfall vorüber. Vier Jahre später hatte er einen zweiten Anfall, der sich 14 Tage bis 3 Wochen hinzog. Es schien uns damals, dass eine Operation wünschenswert sei und dass, anstatt den Patienten nach Karlsbad zu schicken, es besser wäre, ihn hier zu operieren und später zur Nachkur nach Karlsbad zu schicken. Die Operation wurde nicht gemacht, weil der Patient sich weigerte. Er war besser, fieberfrei, hatte guten Appetit und ging nach drüben. Kaum angekommen, wurde er sehr krank. Er lag in Frankfurt unter Behandlung von Dr. von Norden und dessen Assistenten. Patient wurde wieder besser, der Ikterus verschwand, er ging nach Karlsbad und gebrauchte die Kur 3 Wochen lang. Auf einmal bekam er heftige Einklemmungserscheinungen und wurde nach München ins Spital gebracht. Er wurde daselbst von Herrn Dr. Kehr operiert.

Es wurde in der Gallenblase, deren Schleimhaut nicht mehr als entzündet war, ein Stein gefunden von der Grösse einer grossen Kirsche, wie man mir erzählte. Der wurde entfernt, die ganze Blase auch, und im Lauf von ungefähr 3—4 Wochen ging es dem Patienten ziemlich gut. Dann traten wieder heftige Einklemmungserscheinungen auf, die auf den Ductus choledochus zu beziehen waren, und jetzt hat man die grösste Schwierigkeit, dem Patient zu helfen. In diesem Falle wäre es gewiss besser gewesen, die Gallenblase zu lassen, um auf den gemeinsamen Gallengang losgehen zu können, solange der Weg dazu nicht in der Weise verlegt ist, wie das der Fall, nachdem die Gallenblase abgeschnitten ist. So komme ich wieder auf den Anfang meiner Bemerkungen zurück. Ich denke, die Gallenblase muss entfernt werden, wenn sie in einem Zustand ist, wie die Präparate von Dr. Wiener zeigen. Wenn das aber nicht der Fall ist, sollte sie nicht entfernt werden.

Dr. Carl Beck: Wenn Dr. Weber sagte, er möchte mir entgegnen, dass man mit der Gallenblasenexstirpation sparsamer umgehen müsse, klingt das, als ob er mich eines interessanten Widerspruchs würdige. Ich habe aber im wesentlichem genau dasselbe gesagt. Ich habe wiederholt hervorgehoben, dass man der übermässigen Entfernung der Gallenblase steuern müsse, und habe ausdrücklich betont, dass die Gallenblase im Gegensatz zum Wurmfortsatz ein sehr nützliches Organ ist.

Dr. J. Wiener Jr. (Schlusswort): Ich bin den Herren sehr dankbar für die freundliche Diskussion. Was die erste Frage betrifft, warum wir in diesen Fällen sofort zur Operation geschritten sind, obwohl die Temperatur und der Puls mässig waren, so kann ich nur sagen, dass wir auf diesen Standpunkt durch unsere Erfahrungen bei Appendizitis gekommen sind. Ich kann auch bei gangränöser Appendizitis nicht vor der Operation in vielen Fällen beurteilen, ob der Appendix erkrankt ist oder nicht. Wir operieren sehr oft bei normaler Temperatur und normalem Puls. Wir haben durch die Erfahrung ausgefunden, dass wir auch oft bei fast normaler Temperatur und normalem Puls gangränöse Gallenblase finden, sodass, wenn wir Patienten bekommen, bei denen wir wegen der Gangrän in Zweifel sind, aber

eine vergrösserte Gallenblase finden, wir die Inzision machen und die Gallenblase entfernen, wenn sie gangränös ist.

Was die Bemerkungen von Dr. Beck betrifft, so kann ich doch nicht ganz mit ihm übereinstimmen, dass der gangränöse Prozess infolge eines Steines entstanden ist. Wir haben sehr oft bei Appendizitis gangränöse Schleimhaut ohne Stein, und so auch oft eine gangränöse Gallenblase ohne Stein. Ich habe in einem Fall eine fast total gangränöse Gallenblase entfernt, die infolge eines alten Typhus entstanden war. Es war kein Stein vorhanden. Ich glaube doch, dass in beiden Fällen, im Appendizitisfall wie im Gallenblasenfall, eine Thrombose meist die Ursache des Gangräns ist.

e. Dr. C. R. Keppler: **Apparat für die Behandlung der statischen Rückgratsverkrümmung.**

Diskussion. Dr. Jaeger: Nach Hoffa versteht man unter statischer Rückgratsverkrümmung jene primäre rechts oder links konvexe Lendenkrümmung, welche infolge der durch Verkürzung einer unteren Extremität bedingten Beckensenkung eintritt. Die Wirbelkrümmung gleicht sich beim Sitzen oder Liegen aus. Die Ursache der Beckensenkung ist hauptsächlich Verkürzung eines Beins, und die Daten über Verkürzung im Wachstum eines Beins sind ziemlich genau gestellt. Staffel fand unter 230 Patienten, dass ungefähr 62 eine Verkürzung des linken Beins hatten, und Taylor fand unter 32 Patienten, dass 28 eine Verkürzung des linken Beins hatten. Das therapeutische Moment wäre also bei statischer Rückgratsverkrümmung, die Beckensenkung auszugleichen, und das geschieht am einfachsten, indem man das kurze Bein künstlich erhebt, also duch eine Korkeinlage im Schuh würde die Beckensenkung und die statische Skoliose zur selben Zeit ausgeglichen.

Schultess hat einen ähnlichen Apparat vor einiger Zeit im „Handbuch der Orthopädischen Chirurgie" beschrieben.

2. **Vortrag von Dr. J. W. Gleitsmann: Infektionswege der Tuberkulose.**

(Ist in dieser Nummer als Originalarbeit publiziert.)

Diskussion. Dr. W. Freudenthal: Die Frage der Eintrittspforte der Tuberkulose hat mich schon seit vielen Jahren mehr als irgend eine andere Frage interessiert. Dr. Gleitsmann hat uns eine sehr gute Uebersicht über den ganzen Standpunkt dieser Frage gegeben. Ich vermisse aber eines, die Feststellung seines eigenen Standpunkts. Ich hätte den sehr gern gehört. Vielleicht holt er es nachher noch nach. Mir sind die meisten der erwähnten Arbeiten wohl bekannt, da ich mich in der letzten Zeit mit dem Thema von neuem beschäftigt habe. Sie kennen Alle die Arbeiten von Koch über Rindertuberkulose. Es wurde von Koch damals selbst geltend gemacht, dass Orth und andere so wenig Tuberkulose unter dem Leichenmaterial der Kinder gefunden haben. Darauf antwortete seinerzeit, wenn ich mich richtig erinnere, Heller aus Kiel, der Anatom, dass in Berlin jetzt schon die meiste Milch gekocht werde, dass daher Tuberkulose des Darms jetzt nicht mehr so häufig in Berlin vorkomme wie in dem Wohnsitz Hellers, in Kiel, wo sie viel häufiger gefunden werde. Wenn aber wirklich der infektiöse Keim durch die Milch oder andere Nahrung aufgenommen wird, dann ist damit noch nicht gesagt, dass wir auch Tuberkulose des Darms finden müssen. Dass ist mir klar geworden durch die Arbeiten von Weleminsky, die Dr. Gleitsmann auch erwähnt hat. Ich halte alle diese Experimente für wirklich bahnbrechend. Wenn ich mir gestatten darf, den einen Versuch nochmals zu erwähnen, so ging dieses Experiment dahin, dass er 7 Kaninchen mit Bazillen fütterte. Drei von diesen Kaninchen waren nach der Tötung gesund befunden worden, bei einem fand er Tuberkulose des Darmtrakts und des Respirationstrakts und bei den drei übrigen, also der Majorität, nur Tuberkulose des Respirationstrakts. Das ist eine sehr wichtige Tatsache.

Ich möchte hinzufügen, dass er, soweit ich mich erinnere, immer Tuberkulose beider Organe gefunden hatte. Es scheint, dass Meerschweinchen für das Gift empfänglicher sind. Aber das erste Experiment, das er nachher noch wiederholte, deutet genau darauf hin, dass man nicht immer Tuberkulose des Darmtraktus zu bekommen braucht, wenn Tuberkulose verfüttert wird. Das ist eine so wichtige Frage, dass sie sicherlich noch viele Arbeiten hervorrufen wird.

Wir hier in Amerika stehen noch immer auf dem ursprünglichen Standpunkte K o c h s, dass es nur eine Inhalationstuberkulose gebe, und Sie wissen vielleicht auch, dass mit dieser Theorie viel Unfug getrieben wird. Ich erinnere Sie an das Verbot des hiesigen Board of Health, welches das Spucken auf der Strasse mit $500 betraft oder 2 Jahren Gefängnis oder beides. Das sind Auswüchse. Nach H u e p p e gibt es auf der Strasse sehr wenige, so gut wie gar keine virulenten Bazillen, und jemand wegen Spuckens auf die Strasse mit Gefängnis zu bestrafen, ist ein Unding. Ich habe dagegen etwas geschrieben, und meine kleine Schrift wurde sehr heftig angegriffen. Ich glaube, die Ansichten werden sich bald auch hier ändern.

Uns Laryngologen liegt es nahe, zunächst an Tuberkulose der oberen Luftwege zu denken, und da ist es natürlich, dass wir daran denken, wie wir das bisher immer getan, bis v. B e h r i n g mit seiner Schrift herauskam und bald darauf W e l e m i n s k y, dass wir nur durch Inhalation tuberkulös werden können. Aber schon damals, vor vielen Jahren, fiel mir auf, wie es denn möglich sei, dass der Tuberkelbazillus sich durch den vielgewundenen Pfad der Nase, den Nasenrachenraum u. s. w. hindurchwinden kann, um erst später in den am schwersten zugänglichen Lungenspitzen sein Nest zu bauen. Diese Zweifel haben sich jetzt noch mehr verstärkt. Es war gerade heute vor 10 Jahren, als ich einen ähnlichen Vortrag hielt. Dr. J a c o b i war auch zugegen. Da wies ich darauf hin, dass die Tuberkulose des Nasenrachenraums gar nicht so selten ist, und ich habe damals auch die Ansicht ausgesprochen, dass dieser Platz primär häufig sehr infiziert wird und dass dann die Tuberkulose durch die grossen Lymphbahnen fortgepflanzt werde. In der Zwischenzeit sind aber viele Arbeiten erschienen, so auch manche über den W a l d e y e r'schen Rachenring u. s. w. Die Ansicht, dass der Nasenrachenraum viel mehr infiziert wird, wird von den meisten Laryngologen jetzt bereits anerkannt. Gehen wir aber einen Schritt weiter hinunter, so stossen wir auf die Gaumentonsille. Trotz der Ansichten, die J a c o b i neulich veröffentlicht und denen ich im allgemeinen sehr zustimme, muss ich sagen, dass die Möglichkeit der Infektion durch die Tonsillen doch gegeben ist. Aber diese Möglichkeit wird sehr überschätzt, und man hat eben zuviel daraus gemacht. Dass sie aber trotzdem stattfinden kann, muss ich konstatieren.

Ich möchte noch auf eines hinweisen, nämlich auf den untersten Teil des W a l d e y e r'schen Rachenrings, die Zungentonsille. Zufällig fand ich bei meinen regelmässigen Untersuchungen der Insassen vom Montefiore Home, resp. im Bedford Sanatorium, Hypertrophie dieser Zungentonsille bei den Schwindsüchtigen. Die Häufigkeit fiel mir auf, sodass ich schon vor einem Jahr die Sache nachzählte. Ich kam zu einem ganz merkwürdigen Resultat. In diesem Jahr wiederholte ich dieselben Experimente. Ich habe meine Daten nicht hier, aber die Häufigkeit des Vorkommens der Hypertrophie an dieser Stelle war ganz eklatant, ich glaube sicherlich, dass mindestens 80 Prozent der Fälle die Hypertrophie oder andere tuberkulöse Zustände dieser Gegend zeigen. Wie kommt die Tuberkulose dahin? Die Möglichkeit liegt vor, dass die Hypertrophie dort durch beständigen Hustenreiz hervorgerufen wurde, ich habe sie aber auch vielfach gefunden bei Leuten im Anfangsstadium, die nie Husten gehabt haben. Ist es also angesichts dieser Tatsache notwendig zu sagen, dass wir den Tuberkelbazillus eingeatmet haben, oder

ist es nicht auch möglich, dass wir, wie Brüning sagt, den Bazillus eingegessen haben? Die letztere Möglichkeit ist gerade mit Rücksicht auf die Hypertrophie der Zungentonsille vorhanden. Auch dort kann der Tuberkelbazillus leicht haften bleiben. Die Valleculae glosso-epiglotticae sind bei manchen Menschen sehr tief, und in dem Schleim, der sich häufig dort ansetzt, kann der Bazillus sich längere Zeit aufhalten und dort sein Nest bauen. Also die Möglichkeit ist vorhanden, dass wir an dieser Stelle durch die Nahrung die primäre Tuberkulose erzeugt haben, und dies weist uns darauf hin, weitere Forschungen in bezug auf die Einfuhr von Tuberkelbazillen in den Körper anzustellen.

Dr. A. Jacobi: Wir können heutzutage kein wissenschaftliches Journal aus der Hand legen, ohne dass wir ein Kapitel über die Invasion der Tuberkulose bekommen. Besonders sind es deutsche Journale gewesen, aber auch französische, die uns, man kann sagen, mit Tuberkulose überfüttert haben. Eine grosse Anzahl dieser Artikel sind ausserordentlich gut. Eine Reihe von denjenigen, welche in der Berliner klinischen Wochenschrift veröffentlicht sind, von Orth, Westenhöfer u. s. w. sind von ganz besonderer Bedeutung, aber es kommt doch immer vor, dass ein Autor das, was er vor einem Jahr gesagt hat, heute widerruft, und es kommt vor, dass der Beobachter von heute nicht mit dem übereinstimmt, was der frühere Beobachter gesehen hat. In der Kritik müssen Sie deshalb ausserordentlich vorsichtig sein, und wir sollten so viel wie möglich uns an anatomische Daten halten, wenn solche vorliegen. Das, was ich von Dr. Gleitsmanns Vortrag gehört habe, enthält sehr viel von dem, was in den letzten paar Jahren durch die Journale gegangen ist. Wir haben uns natürlich alle damit beschäftigt, praktisch sowohl — leider zu viel — wie theoretisch, und ich denke wir, jeder von uns, hat sich ein Urteil gebildet über das, was man zu lesen bekommt. Wir haben uns wohl alle ein Urteil gebildet über das, was uns Behring seit 2 Jahren über die Milch gepredigt hat. In jener Zeit war es als Tatsache neu, dass der Magen und der Dünndarm, besonders das Duodenum des neugeborenen ganz kleinen Kindes defekt ist in Bezug auf den Epithelbelag, und auf diese Weise haben die Tuberkelbazillen spielend Eingang finden müssen. Aber es dauerte dann gar nicht lange, bis der Anatom sich wieder an die Untersuchung machte und fand, dass dieser Defekt wirklich nicht vorhanden ist. Man musste deshalb auf die Tatsache zurückgreifen, dass auch epithelbelegte Membranen noch durchgängig sind. Das scheint man allgemein anzunehmen. Aber wir sollten uns nicht verhehlen, dass wir nicht darauf rechnen können, dass der Epithelbelag überhaupt immer gesund bleibt. Jeder von uns ist gesund, aber keiner von uns kann sagen, dass er immer Schleimhäute hat, die mit gesundem Epithel vollständig belegt sind. Wir haben alle den Schnupfen, Durchfall, und in solchen Fällen ist die Schleimhaut entblösst, und dann sind alle erdenklichen Invasionen möglich. So kann es bei Kindern vorkommen, so kommt es bei Erwachsenen noch viel häufiger vor. Daher kommt es, dass die Möglichkeit, dass es eine Darmtuberkulose gibt, gar nicht zu bestreiten ist. Wir wissen, dass sie vorkommt, obgleich sie selten ist. Die Tatsache, die angeführt wurde, dass die Berliner sehr wenig Darmtuberkulose bei Kindern finden, und die Kieler so sehr viel mehr, weil in Berlin ein grosser Teil der Milch pasteurisiert auf den Markt kommt, in Kiel aber nicht, beweist, dass in Kiel mehr vorkommen darf, aber ich glaube mich nicht zu irren, wenn ich sage, dass die Zahlen, welche aus Hellers Anatomie kommen, von Wagner veröffentlicht, folgendes ergaben: 600 Autopsien und 4 Prozent Darmtuberkulose bei Kindern. Selbst das ist nicht viel im Verhältnis zu der Masse von Tuberkulösen, die wir immer in jedem Alter mit Ausnahme der ganz kleinen Kinder zu sehen bekommen. Denn Tuberkulose ist entschieden im ersten Jahre ausserordentlich selten verglichen mit dem,

was wir in späteren Jahren und bei Erwachsenen finden. Es ist sehr unglücklich, dass die Behauptungen von Behring mit seinem Plan zusammenfielen, die sämtliche Kindermilch für den Erdball aus seinem Marburger Gestüt zu liefern. Darauf, sagen Manche, lief die Sache hinaus. Sie wissen, dass er damals vorschlug, die Kindermilch mit Formalin zu versetzen. Von Formalin wussten wir aber alle, dass es ein Gift ist. Und wir wussten auch, dass in England sehr unglückliche Vorgänge passiert sind, wonach Kinder, die in den Anstalten Milch mit Formalin bekommen hatten, zu Grunde gegangen sind. Ich glaube, dass der Theorie von Behring diese Komplikationen mehr geschadet haben, als seine ursprünglichen Behauptungen selbst.

Ich habe vor einer Reihe von Jahren einen Fall veröffentlicht, in dem Tuberkelbazillen in der Aszites-Flüssigkeit gefunden wurden. Es handelte sich um ein Mädchen von 10—11 Jahren, die plötzlich Aszites bekam und schnell zweimal parazentesiert werden musste. Die periportalen Drüsen waren plötzlich geschwollen, verstopften die Zirkulation, und das Kind ging in kurzer Zeit zu Grunde. In der Aszites-Flüssigkeit fanden sich Tuberkelbazillen. Epithel schien überall vorhanden zu sein. So sicher ist die Tatsache, dass durch die Darmwand Bazillen hindurchschlüpfen können. Ob der Vorgang immer derselbe ist, weiss ich nicht. Es wird auch behauptet, dass Darmtuberkulose erfolgt sein soll von der Tuberkulose, die durch den Waldeyer'schen Rachenring hineinkommt.

Was den letzteren anbetrifft, so lassen Sie mich nur ein paar Worte sagen. Ich habe mich kürzlich ausgiebig mit der Frage beschäftigt und versucht, dieselbe zu lösen, wieviel die Mandeln zu tun haben mit der Invasion der Infektionskrankheiten. Das ist die kleine Arbeit, auf die sich Dr. Freudenthal bezogen hat. Für diejenigen, welche die schwerste Zeit der Diphtherieepidemie vor fünfzig und dreizig Jahren nicht mitgemacht haben, möchte ich aus der Geschichte der Stadt wie meiner eigenen die folgende Mitteilung machen, und das können Sie immer noch bestätigt finden. Ich habe seit jener Zeit immer gefunden, wenn die Membranen auf den Mandeln liegen und nirgends weiter, Sie dann in der Nachbarschaft keine oder sehr wenig Drüsenschwellung sehen. Wenn Sie aber Membranen auf der Hinterwand des Pharynx haben, besonders aber in den Nasenhöhlen, dann fangen die Drüsen sofort an zu schwellen, und der günstige Ausgang der Behandlung hängt davon ab, wieviel Sie im Stande sind, die Infektion von den hinteren Nasengängen und dem Waldeyer'schen Ring abzuwaschen. Sie können das immer wiederholt finden: Membranen auf den Mandeln, sehr wenig Infektion, keine Drüsenschwellung, in der Regel auch, ausgenommen wenn das Mandelgewebe entzündet ist, wenig Fieber; Membranen rings herum auf den übrigen Teilen des lymphatischen Apparats — Fieber, das nicht hoch zu sein braucht, aber starke Drüsenschwellung sofort. Es handelt sich in der Mandel um einen Komplex von 10, 12 oder mehr Lymphfollikeln, und diese müssen das invadierende Virus, um eine Allgemein-Infektion zu machen, weiter fortführen, aber die Mandeln sind nun einmal nicht in dem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Organismus wie jeder andere Lymphfollikel. Die Mandeln sind bedeckt von einer festen Membran, und dass ist nachgewiesen, dass die Lymphzirkulation durch die fibröse Membran, welche die Mandeln abtrennt von dem übrigen Körper, keine so lebhafte ist. Man hat auch gefunden, dass allerdings die Lymphfollikel sich mit allen möglichen Bakterien füllen, aber dass auch eine rückgängige Bewegung da ist in den Schlund hinein. So können allerdings Dinge in die Mandeln hineingehen, aber nicht zum grössten Teile hindurch, sondern sie haben die Neigung, wieder rückwärts in den Hals zu fliessen. Die neueste Untersuchung von Most beweist, dass die Lymphzirkulation vom Hals aus besonders lebhaft ist an bestimm-

ter Stelle. Wenn man im Experiment dicht an den Mandeln injiziert, so wird es allerdings aufgenommen; aber wenn man in einiger Entfernung von den Mandeln injiziert, ist die Aufnahme bedeutend stärker. So bin ich anatomisch wie klinisch zu dem Resultat gekommen, dass die Mandeln allerdings aufnehmen und unter günstigen Umständen durchlassen können, dass wir aber im allgemeinen es viel mehr mit dem allgemeinen Lymphapparat zu tun haben als mit den Mandeln allein. Dass ist das Wesentliche meiner kleinen Arbeit. Ich habe mir Mühe gegeben, seitdem wir die erste Diphtherie-Epidemie hier hatten, seit fast 50 Jahren, klinisch gute Beobachtungen zu machen. Ueber diese habe ich vorhin Mitteilung gemacht. Die anatomischen hat mir weniger Toirier in seinem dicken Buch über Lymphgefässe als Most in seinem viel kleineren Buch, das dieses Jahr erschienen ist, gegeben. Das wollte ich wieder einmal in Erinnerung bringen. Man sagt uns immer, die Invasion kommt durch die Mandeln, es handelt sich gar nicht mehr um den Waldeyer'schen Ring. Ich möchte nun noch hinzufügen, dass Groban, der neulich ein Buch über Tonsillen als Einlasspforte für Infektion veröffentlicht hat, so unfolgerichtig ist, auf der einen Seite von den Mandeln zu reden wie auf der andern Seite von Waldeyer's Ring oder dem Lymphapparat. Das Mandelvorurteil hängt ihm so an, dass er den ganzen Waldeyer'schen Apparat und den Lymphapparat der hinteren Nasenhöhlen mit den „Mandeln" verwechselt. Ich glaube, die Sache sollte ein bischen kühler angesehen werden. Wir haben uns daran gewöhnt, dass Scharlach, Typhus, Rheumatismus, alle Infektionskrankheiten von den „Mandeln" abhängen sollen, aber wir sollten ein wenig korrekter denken und reden lernen.

Dr. Sondern: Ich möchte darauf hinweisen, dass wir auch sehr gute amerikanische Literatur über die Frage haben. Es gibt kaum etwas Besseres als die Sammlung von Vorträgen, die in den Verhandlungen der Gesellschaft zur Verhütung der Tuberkulose erscheinen. Es ist heute wohl ziemlich sicher erwiesen, dass die Infektion der Lungen so erfolgt, dass die Bazillen in die Drüsen gehen und von da in die Lymphkanäle und weiter in die Zirkulation und in die Lungen. Wenn Brovaird in seinem Vortrag sagt, dass er in 93 Prozent der Fälle Läsion der Zervikaldrüsen fand, so ist das ein guter Beweis gegen die Annahme, dass die Mandeln nicht die Eingangspforte der Infektion bilden.

Dr. Freudenthal's Behauptung, dass das menschliche Sputum nicht häufig ansteckt, wird von vielen bedeutenden Männern hier und ausserhalb bestritten. Fast alle Aufsätze und Berichte, die ich von hier und auswärts gelesen habe, stimmen darin überein, dass das Sputum, nicht notwendig das auf der Strasse, aber überhaupt das Sputum von tuberkulösen Kranken die häufigste Ursache der Infektion ist.

Ich finde in der Literatur, im British Medical Journal von 1901, sehr interessante Artikel von McFadden, die die heute abend hier gemachten Behauptungen vollständig bestätigen. Sie behaupten, dass sie in den Darmnetzdrüsen von Kindern unter 5 Jahren Tuberkerbazillen gefunden haben.

In einer Vorlesung vorigen Sonnabend zeigte Dr. Herter, wie leicht Mikroben durch die Darmwände des Kindes gehen. Er machte geltend, dass Tuberkelbazillen an dieser Stelle so häufig gefunden werden, dass sie nicht notwendig zu lokaler Tuberkulose führen oder nicht notwendiger Weise nach anderen Teilen des Körpers fortgeführt werden.

In einem interessanten Aufsatz behauptet Dr. Bovaird, er habe guten Grund anzunehmen, dass diese Organismen viele Jahre, 20 und mehr Jahre, in den Darmdrüsen aufgehalten werden können, dann aber aus irgend einem unbekannten Grunde fortgeführt werden und in das Blut, die Lungen oder irgendwo andershin gelangen.

Dr. Barkan: Im Gegensatz zu dem, was bemerkt worden ist, möchte ich sagen, dass viele Krankheitserreger und Krankheitsprodukte gerade in ent-

fernten Körperteilen sich festsetzen. Ein Beweis dafür ist auch, dass durch eine liberale Ernährungsweise, Massage und Gymnastik die tuberkulösen Krankheitserreger von den Teilen wieder fortgebracht werden. Mit Rücksicht auf die Affektion entfernterer oder näherer Teile möchte ich mir erlauben zu bemerken, dass ich in dem Pest Hospital in Hoboken keine Affektion der Tonsille, dagegen Affektion vieler anderer entfernter Drüsen gesehen habe. Die Pest ergreift auch die Lunge in Form von Pneumonie.

Dr. J. W. Gleitsmann (Schlusswort): Ich danke den Herren für ihre Bemerkungen, obwohl ich nicht immer mit ihnen übereinstimme. Mit Dr. Sondern stimme ich überein, wenn er sagt, dass es auch sehr gute amerikanische Forscher gibt, bin aber nicht seiner Ansicht, dass, wenn die Bronchien tuberkulös erkrankt sind, die Infektion durch die Bronchi gehen müsste und nicht durch die Tonsillen gehen könnte. Ich habe ausdrücklich bemerkt, dass von allen Lymphgefässen, auch von den Mandeln aus Infektion der Lunge und Bronchien stattfinden kann, weil die Lymphgefässe der oberen Körperhälfte durch die oberflächlichen Zervikaldrüsen, die dann von den tiefen zervikalen Drüsen aufgenommen werden, mit den Bronchialdrüsen in Verbindung stehen. Es kann meines Erachtens eine Infektion der Bronchialdrüsen und des Lungengewebes stattfinden ohne eine Invasion der oberen Körperteile, also z. B. der Tonsillen. Die Tonsilleninfektion ist gewissermassen ein Steckenpferd der Forscher geworden, und wurde, wie Dr. Jacobi gesagt hat, bedeutend überschätzt. Aber die Tonsilleninfektion existiert und vielleicht doch etwas mehr als manche Herren glauben, aber selten bei gesunden Tonsillen. Man sieht im ganzen sehr wenig wirklich normale Tonsillen. Jedoch kann die Tonsille ziemlich unregelmässig aussehen, wenn nur die Krypten nicht zu sehr blossgelegt, nicht mit käsigem Material gefüllt und mit normalem Epithel bedeckt sind. Es ist auch durch verschiedene Forscher gezeigt worden, dass die Tonsillenoberfläche als solche sehr wenig der Infektion zugänglich ist, weil sie mit einer weniger durchgängigen Schleimhautdecke geschützt ist. Ferner ist bei der Tonsilleninfektion zu bedeuten, dass wir auch einen retrograden Lymphstrom anerkennen müssen.

Es wundert mich, dass sich keiner der Herren über die Behring'sche Auffassung geäussert hat, und ich weiss nicht, wie lange die Beobachtung von Behring von der jahrelangen Latenz der Tuberkulose sich aufrecht erhalten wird. Ich kann mich nicht zur Auffassung Dr. Freudenthal's bekennen. Dr. Behring hat ganz eminente Verdienste als Forscher und Wohltäter der Menschheit durch sein Diphtherieserum, es ist aber, wie Dr. Jacobi mit Recht sagt, etwas Merkantieles an der Sache, in der immunisierten Milch sowohl wie bei dem Verkauf des Rinderserums. Die Milch von Behring soll früher mehr, jetzt einen 1/10 Prozent Zusatz von Formalin enthalten, und das ist doch für Säuglinge zu viel. Was Dr. Jacobi gesagt, ist sehr richtig, dass ein Beobachter oft das, was er vor einem Jahr gesagt, heute widerruft. Und wir sehen auch in der ganzen Literatur, wie oft die eminentesten Forscher diametral entgegengesetzte Ansichten haben. Aufrecht ist einer von denen, der ganz energisch seinen Standpunkt vertritt. Fränkel hat einen anderen Standpunkt, ein anderer ist für hämatogene Infektion u. s. w. Also, die Herren, die in dem Fach originale Arbeiten geliefert haben, stehen sich selbst feindlich gegenüber, und es würde mir am allerwenigsten ziemen, darüber ein Urteil abzugeben.

Ich persönlich möchte auch Dr. Freudenthal darin nicht beistimmen, dass er das Sputum auf der Strasse für unschädlich hält. Ich bin immer noch der alten Ansicht, wenn ein Tuberkulöser spuckt und das Sputum wird trocken, so verflüchtigen sich die Bazillen und die Quelle der Infektion ist gegeben. Wenn man auch deswegen die Leute nicht ins Gefängnis

schickt, so ist es ganz richtig, dass die Leute nicht auf die Strasse spucken sollen.

Was die letzte Bemerkung von Dr. Freudenthal betrifft, über Tuberkulose der Zungentonsille, so glaube ich verstanden zu haben, dass er bei seinen Untersuchungen in den Anstalten sehr viele solcher Fälle gesehen hat. Ob die nun lediglich Hypertrophie oder Tuberkulose zeigten, hat er nicht definitiv ausgesprochen. Ich glaube, primäre Tuberkulose der Zungentonsille ist äusserst selten. Es wird immer angenommen, dass irgendwo ein anderer tuberkulöser Herd gewesen ist. Es ist jedenfalls auf die Zungentonsille das Augenwerk zu richten. Ich habe einen Fall, wo die Zungentonsille zerklüftet ist; da kann allerdings eine Infektion erfolgen.

Infektionen vom Nasenrachenraum sind bekannt. Ich kenne nicht so viele Fälle wie Dr. Freudenthal, aber da diese spezielle Gegend erwähnt worden ist, so will ich noch sagen, dass ich bei einer Durchsicht der Literatur für andere Zwecke eine ganze Menge von Affektionen und Tuberkulose der Nebenhöhlen der Nase gefunden habe.

Im grossen ganzen ist das Thema so umfangreich, dass über Einzelnes, z. B. über Affektion des Waldeyer'schen Rings, ferner hämatogene Infektion, über Inhalationsinfektion ganze Bücher geschrieben worden sind, und wenn Sie das Thema selbst in ungefähr einer halben Stunde behandelt haben wollen, so müssen Sie mich entschuldigen, wenn ich bloss einzelne Punkte angedeutet habe. Aber es war mir darum zu tun, das Thema zu bearbeiten und Ihnen vorzulegen, weil es unseren Gesichtskreis erweitert und uns einen Fingerzeig gibt, dass wir, wenn wir Tuberkulose vorfinden, etwas weiter gehen und sehen sollen, ob wir nicht in anderen Körperteilen den einzelnen Infektionsweg auffinden können.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Dr. E. Bachmann hat von Dresden aus seine Resignation eingesandt. Ich darf wohl ohne weitere Abstimmung seine Resignation als angenommen erklären.

Ferner möchte ich Sie bitten, die Kühnemannfeier nicht zu vergessen am Danksagungstag in der Liederkranz-Halle. Ich bitte Sie, durch zahlreiche Beteiligung die Vertretung unseres Vereins zu einer stattlichen zu machen.

Ich habe heute auch zwei Revisoren zur Kontrolle unseres Kassenbestandes behufs Gutheisung des Berichts des Schatzmeisters in der letzten Generalversammlung zu ernennen, und zwar ernenne ich die Herren Dr. J. Hoffmann und Carl Pfister.

Unser Verein hat auch den Verlust von zwei Mitgliedern durch den Tod zu beklagen: Dr. Emil Hoeber und Dr. G. Katzenmayer sind im Laufe des vorigen Monats gestorben, und ich ersuche Sie, das Andenken dieser Herren dadurch zu ehren, dass Sie sich von Ihren Sitzen erheben. (Die Versammlung erhebt sich.)

Es folgt Nomination der Beamten für das Jahr 1907 und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
Prot. Sek.

Jahresversammlung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft.

Montag, den 3. Dezember 1906.

Präsident Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Sitzung um 8 Uhr 15 Minuten.

Dr. S. Breitenfeld verliest den Bericht des Schatzmeisters für das Jahr 1906, welcher bei Einnahmen von $957.53 und Ausgaben von $1343.13 einen Vermögenbestand von $1888.70 zeigt.

Die Versammlung beschliesst, den Bericht gut zu heissen und dem Schatzmeister den Dank der Gesellschaft auszusprechen.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Da unser Verein auf demokratischer Grundlage steht, sodass die Vorschläge des Verwaltungsrats immer der Gesellschaft zur Genehmigung vorgelegt werden, so habe ich für denselben nichts Besonderes zu berichten. In der letzten Sitzung hat der Verwaltungsrat den Beschluss gefasst, zur Feier des

Stiftungsfestes ein Essen für die Mitglieder abzuhalten, und der Verwaltungsrat legt Ihnen diesen Beschluss zur Beratung vor.

Die Versammlung beschliesst nach kurzer Debatte dem Vorschlag des Verwaltungsrats gemäss.

Präsident J. A. Schmitt ernennt hierauf zu Stimmzählern Dr. Ludwig Weiss und Dr. G. H. Davison. Dr. J. W. Gleitsmann berichtet für das Unterstützungs-Komitee und fügt dem Bericht hinzu, dass das Unterstützunge-Komitee in diesem Jahr stark in Anspruch genommen wurde, und er glaube, dass wir in den meisten Fällen viel Gutes getan haben. Es waren Mitglieder unseres Vereins längere Zeit krank und sahen wirklicher Not entgegen. Er bittet die Mitglieder zum Schlusse sich des Unterstützungs-Fonds freundlichst erinnern zu wollen.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Ich kann nur bestätigen, dass der Unterstützungs-Fond neue Hilfsmittel braucht, und die Mitglieder sind dringend gebeten, Beiträge an den Schatzmeister des Unterstützungs-Fonds einschicken zu wollen. In der letzten Sitzunz des Verwaltungsrats haben wir auch beschlossen, heute Abend eine Kollekte zu veranstalten, und es wird im Lauf der Sitzung ein Herr herumgehen und von jedem Anwesenden einen kleinen Beitrag zum Unterstützungs-Fond erbitten.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten etc.

Dr. Otto G. Th. Kiliani (Patienten vorstellend): Gestatten Sie mir, Ihnen einen Fall von **aufsteigender Neuritis** vorzustellen, der in mancher Beziehung ein mehr wie gewöhnliches Interesse beansprucht. Der Patient, 32 Jahre alt, erlitt vor 17 Jahren eine Maschinenverletzung der rechten Hand, welche die Exartikulation im Handgelenk notwendig machte. Nach kurzer Zeit stellten sich unerträgliche Schmerzen ein, welche durch ein Stumpfneurom veranlasst wurden, das zweimal exstirpiert wurde. Als die Schmerzen trotzdem persistierten, wurde im Laufe der Zeit eine Amputation in der Mitte des Unterarms ausgeführt und schliesslich eine solche des Oberarms. Trotzdem blieben die Schmerzen in einer solchen Weise bestehen, dass Patient sich häufig mit Selbstmordsgedanken befasste. Als der Patient mir durch die Güte des Herrn Dr. George W. Jacoby und Dr. Elizabeth M. Sturgis, Brooklyn, überwiesen wurde, bestanden die Hauptbeschwerden in ununterbrochenen Schmerzen in den Fingern der amputierten Hand, verbunden mit einem Kontraktionsgefühl der Finger und der Hand, ausserdem eine so enorme Empfindlichkeit des Stumpfes, dass irgend welche Berührung ausgeschlossen war.

Ich stimmte mit Dr. George W. Jacoby's Vorschlag überein, dass nur eine zentrale Operation von bleibendem Werte sein könne und schritt deshalb vor sechszehn Tagen, am 17. November 1906 zur Laminektomie, um die fünf Wurzeln des Rückenmarks zu resezieren, welche die sensiblen Fasern des Plexus brachialis abgeben, nämlich,, 5., 6., 7., 8. zervikale und 1. dorsale hintere Wurzel. Während in meiner letzten, einige Wochen vorher ausgeführten, Laminektomie (wegen Rückenmarkstumor) die Blutung so gering war, dass die Operation einem anatomischen Präparat glich, war die Blutung hier so störend, dass ich wirklich froh war, die Operation am Tage zuvor an der Leiche ausgeführt zu haben. Trotzdem wurden die Wurzeln ohne Zwischenfall reseziert in der Weise, dass nach Entfernung der Processus spinosi und der hinteren Bögen der 4., 5., 6., 7. Halswirbel von den Wurzeln 5, 6, 7, 8 und 1 je ein cm reseziert wurde. Hierauf wurde die Dura vernäht, ein kleines Zigarettedrain auf zwei Tage eingeführt, im übrigen die Wunde geschlossen. Das Resultat davon sehen Sie hier: die Wunde ist per primam geheilt, Patient benötigt heute, nach sechzehn Tagen, keines Verbandes mehr und ist von seinen Schmerzen befreit. Zum ersten

Mal seit 17 Jahren fühlt sich Patient wirklich amputiert, d. h., das Gefühl der Anwesenheit der Finger und Hand, sowie die unerträglichen Schmerzen, sind verschwunden. Es besteht heute noch ein Stumpfneurom von etwa der Grösse einer Haselnuss, welches noch eine gewisse Empfindlichkeit des Stumpfes abgibt. Von jeder lokalen Operation sehe ich ab, da ich diese Stumpfneurome, wie ich das auch in einer meiner früheren Veröffentlichungen mitgeteilt habe, ihrem Charakter nach zu den Keloiden rechne, die zu Rezidiven neigen. Sollte dieses Neurom sich in der Zukunft noch unbequem erweisen, so würde ich eine Nachoperation vornehmen zur Resektion der 2. dorsalen Wurzel, welche die innere Seite des Oberarms sensibel versorgt. Ich konnte mir das Vergnügen nicht versagen, Ihnen das gute Resultat dieser recht seltenen Operation (dieselbe ist, so viel ich weiss, bis jetzt fünfmal ausgeführt) vorzustellen und Dr. George W. Jacoby meinen besonderen Dank auszusprechen.

Dr. J. Wiener Jr. **demonstriert das Präparat einer Darmresektion und das bei dem Patienten gebrauchte Silberdrahtgitter.**

Vorträge.

Dr. Frenkel-Heiden: **Ueber Tabes dorsalis.** (Erscheint i. d. Monatsschrift als Originalartikel.)

Diskussion. Dr. Geo. Jacoby: Es fällt mir natürlich ausserordentlich schwer, nachdem wir diesen so einfach gehaltenen und doch so klaren und umfangreichen Vortrag gehört haben, noch irgend etwas zu sagen, was als Erklärung des Themas anzusehen wäre. Ich muss mich selbstverständlich einfach auf einige Punkte beschränken, und dabei wird auch eine Wiederholung des schon Gesagten unvermeidlich sein. Aber es tut manchmal auch not, dass gerade die einfachsten Sachen wiederholt und wieder betont werden. Die Herren Kollegen können nicht häufig genug hören, nicht nur, was sie tun sollen bei Tabes, sondern auch, was sie lassen sollen, und darin glaube ich hat der Vortrag von Dr. Frenkel besonders geglänzt und ist von besonderer Wichtigkeit, weil er uns auf die Gefahren der unzweckmässigen Behandlung der Tabes aufmerksam gemacht hat.

Was mir besonders an dem Vortrag gefallen hat, ist die Trennung, die Dr. Frenkel durchführt, zwischen anatomischer und klinischer Tabes, denn das sind eben zweierlei Sachen. Wenn wir uns ganz und gar auf den Standpunkt stellen, hier haben wir eine anatomische Veränderung, diese anatomische Veränderung sieht so und so aus, mit diesen Veränderungen ist nichts zu machen, dann sind wir wieder auf den pessimistischen Standpunkt von Romberg zurückgegangen und wir vergeben uns sehr viel von dem, was uns sonst für das Wohl des Patienten zu Gebote steht. Stellen wir uns aber auf den klinischen Standpunkt und sagen, klinische und pathologische Veränderungen sind zweierlei Sachen, so werden wir vielen Patienten, wenn wir auch ihre Tabes nicht heilen, doch nach vielen Seiten nützen können; das bringt uns nun zur wirklichen Behandlung der Tabes. Unzweifelhaft stehen alle Neurologen ganz genau auf demselben Standpunkt wie Dr. Frenkel. Ich glaube nicht, das wir in irgend einem Punkte differieren oder auseinandergehen. Die Behandlung gestaltet sich wiederum verschieden je nachdem man bestrebt ist, den anatomischen Prozess oder die durch diesen bedingten Symptome anzugreifen. Dass die Tabes an und für sich eine unheilbare Krankheit ist, glaube ich, ist zur Genüge heute Abend betont worden. Zur Heilung der Tabes ist alles versucht worden. Hier sei denn auch der Frage nach der antiluetischen Behandlung gedacht. Ich muss auch sagen, dass ich niemals das geringste von einer antiluetischer Behandlung gesehen habe. Man sagt, ja, frühzeitig Diagnose stellen, frühzeitig behandeln. Man kann keinen Patienten früher behandeln, als man nicht die Diagnose gestellt hat, und wie früh heutzutage die Diagnose einer Tabes gestellt werden kann, davon können

Sie sich einen Begriff machen, wenn Sie bedenken, dass die Wahrscheinlichkeits-Diagnose zu stellen ist, ehe irgend welche Symptome, als streng lokalisierte Sensibilitäts-Störungen, vorhanden sind. So erinnere ich mich eines Falles, der zu mir kam wegen Sensibilitäts-Störung im Bereich des zweiten Trigeminus-Astes. Er klagte über Parästhesie in der rechten Backe, sonst war nichts da. Der Mann hatte Lues, und aus Erfahrung wissen wir, dass Tabes gelegentlich so anfängt, und ich stellte damals die Möglichkeits-Diagnose einer beginnenden Tabes. Er wurde auf eine strenge energische antisyphilitische Behandlung gesetzt, mit grossen Jod-Dosen und Quecksilber. Er wurde jahrelang behandelt, und es hat alles nichts genützt. Der Fall ging Schritt für Schritt weiter, er verlor den Fuss-Reflex, Knie-Reflex, Pupillen-Reflex, und heute ist die Tabes voll entwickelt. Das ist ein Fall, der lehrreich ist. Ich weiss, dass er frühzeitig und regelrecht behandelt worden ist, und heute haben wir doch vollentwickelte Tabes.

Was die symptomatische Behandlung der Tabes anbelangt, so möchte ich auch bestätigen, was Dr. Frenkel hervorgehoben hat, nämlich den Wert des Pyramidons bei Schmerzen. Es ist vielleicht heute das Mittel, das am häufigsten gebraucht wird. Gegen Parästhesien bei Tabikern wie bei Schmerzen leistet es ganz vorzügliches.

Ueber Anwendung des Morphiums stimme ich Dr. Frenkel vollständig bei. Als souveränes Mittel bei gastrischen Krisen ist es nur warm zu empfehlen. Es gibt Fälle, bei denen man verzweifelt. Man findet Patienten, die sich tagelang übergeben haben, sodass es zu Blutbrechen kam. Man gibt eine Morphin-Einspritzung, und das ganze Bild ist vorüber.

Zum Schluss ein Wort über die Methode, die so innig mit dem Namen Frenkel verbunden ist, über Uebungs-Therapie bei Ataxie, und wenn irgend jemand etwas Positives in der Behandlung der Tabes geleistet hat, so ist es sicherlich Dr. Frenkel. Es gebührt ihm unstreitig ein sehr grosses Verdienst und die Anerkennung seitens aller Aerzte und Patienten, dass er die Tabes aus dem Rahmen der chronischen progressiven Krankheiten genommen hat. Sie ist es heute nicht mehr, und wenn man gesehen hat, wie ich es gesehen habe, wie ein Tabiker, der nicht stehen kann, der Monate und Jahre lang gelegen hat, zum Gehen gebracht wird, so muss man Herrn Dr. Frenkel seine Anerkennung nach jeder Richtung hin zollen. Die Methode ist aber eine rein spezialistische. Dr. Frenkel selbst sagt, er möchte sie zum allgemein Gut der Aerzte machen. Das ist ein sehr schöner Wunsch. Ob er aber je in Erfüllung gehen wird, bezweifle ich. Die Methode kann niemals zum Allgemeingut werden, weil sie zu sehr auf Details beruht, und weil jeder Arzt, der die Methode lernen will, ihr viel Zeit und Geduld widmen muss. Diese Methode ist nicht aus Büchern, sondern blos aus eigener Anschauung und Uebung zu lernen. Ich hoffe auch, dass die Zeit kommen wird, da wir diese Methode, wie es in Deutschland gang und gäbe ist, in allen Kliniken eingeführt haben werden, und dass wir hier in den Hospitälern eine Abteilung haben, wo wir die armen Tabiker hinschicken können, und dass wir vielleicht hier ein Institut bekommen werden, wo wir wissen, was wir mit den Tabikern anfangen können. Heutzutage ist die Sache traurig, und ich empfinde jedesmal ein Schauern in der Sprechstunde, wenn ich von einem stark ataktischen Tabiker konsultiert werde, da ich die Mittel und Wege ihm zu nützen nicht an der Hand habe. Es ist aber jetzt hier in der Stadt eine Bewegung vorhanden, um ein streng neurologisches Hospital zu gründen unter der Obhut der Stadt, und wenn dies geschieht, so bin ich überzeugt, dass auch Raum für die Tabiker geschaffen wird. Zum Schluss kann ich nur nochmal betonen, wie sehr mich dieser Vortrag von Dr. Frenkel heute angeregt hat.

Dr. Joseph Fraenkel: Vor allem möchte ich mich den letzten Bemerkungen des Herrn Dr. Jacoby anschliessen: dass wir dem Herr Vortragenden zu grossem Danke verpflich-

tet sind, dass er in das traurige Gebiet der Tabes-Therapie eine, wenn auch symptomatische, so doch besonders hoffnungs- und erfolgreiche Methode eingeführt hat.

Aus Gastfreundschaft sollte ich mit diesen Worten meine Bemerkungen schliessen. Das Interesse der Sache und die praktische Wichtigkeit einiger der vorgebrachten Punkte veranlassen mich, gegen manches Wiederspruch zu erheben.

Nicht ganz einverstanden bin ich mit dem Versuche, das Gesammtbild der Tabes durch Teilung nach einzelnen Symptomen zu verzerren. Ich kann nicht recht einsehen, was damit gewonnen ist, eine: optische,- neuralgische, ataktische, u. s. w. Tabes zu schaffen. Vom therapeutischen und prognostischen Standpunkte wichtig scheint es mir, im Auge zu behalten, dass man nach der Häufigkeit der anatomischen Befunde hauptsächlich eine „degenerative" und eine „exsudative Tabes abscheiden könnte. Diese ganze Frage ist noch in ziemlich chaotischem Zustande; ich schliesse mich denjenigen an, die glauben dass diese Scheidung klinisch zuweilen möglich ist.

Die degenerative Tabes entspricht klinisch am meisten der klassischen Duchenne'schen Schilderung; ist relativ die seltenere Form, ist stets progressiv und hat zur anatomischen Grundlage eine primäre, vielleicht metasyphilitische Degeneration der Fasern der Hinterstränge.

Das klinische Bild der exsudativen Tabes ist relativ häufiger, weniger symmetrisch, mehr bizarr und ungleichmässig, mit geringerer Betonung der viszeralen Symptome, hat einen unterbrochenen irregulären Verlauf mit spontanen Remissionen, und hat zur anatomischen Grundlage exsudativ syphilitische Vorgänge um die Meningen, Gefässe oder Lymphbahnen.

Es ist natürlich häufig sehr schwer, eine genaue Scheidung zwischen manchen Formen spinaler Syphilis und Tabes zu machen, ebenso wie es zuweilen unmöglich ist, zerebrale Lues von typischer, degenerativer progressiver Paralyse zu differenzieren. Es ist leicht einzusehen, dass vom praktisch therapeutischen und prognostischen Standpunkte diese Scheidung im Auge behalten werden muss.

Es ist ersichtlich, dass eine strenge spezifische Behandlung in exsudativen Formen indiziert ist und zuweilen auch erfolgreich, in degenerativen sicherlich ohne Nutzen, zuweilen direkt schädlich.

Aus der Berücksichtigung der genannten Momente gibt sich ein Verständnis für den Meinungskampf der Leyden'schen und Erb'schen Schule. Wie Sie wissen, ging stets von der Leyden'schen Schule die Lehre aus, dass die syphilitische Aetiologie der Tabes auf keinen Fall sicher etabliert sei, und dass spezifische Behandlung der Tabes schädlich sei; das gerade Gegenteil wird von der Erb'schen Schule gelehrt.

Ich verfüge über 3 Fälle der eigenen Erfahrung, die ich 11, 8 und 7 Jahre resp, beobachtet habe, und in denen unleugbar der günstige Einfluss der spezifischen Behandlung dargetan ist.

Nur noch einige Worte über den allgemeinen Verlauf der Tabes. Nach 15jähriger Tätigkeit im Montefiore Home, wo ich vielfach Gelegenheit hatte, eine grosse Reihe von Fällen von Tabes lange Perioden hindurch zu beobachten, wurde mir die Ueberzeugung, dass der Verlauf der Tabes vielfach ein ungleichmässiger, remittierender ist; dass viele und zuweilen sehr schwere Symptome spontan remittieren auch ohne jegliche Behandlung. Für viele Tabessymptome ist ja das Krisenhafte charakteristisch.

Dr. J. Hoffmann: In Bezug auf die antisyphilitische Methode bin ich so frei hinzufügen, dass wir hier die sogenannte gemischte Methode von Chichester haben. Sie besteht in der Darreichung von Doppelt-Jodquecksilber mit Jod-Kalium oder besser Natrium. Diese Medizin wird ein volles Jahr lang verabreicht, 4—6 Pillen täglich gleich nach der Mahlzeit und zwar möglichst früh, sobald nämlich die Diagnose auf Syphilis gestellt ist. Dann wird pausiert, vielleicht einen oder höchstens zwei Monate lang,

und dann lässt man 2 Monate lang dieselbe Kur durchmachen, sodass nach weniger als zwei Jahren die Syphilis erloschen ist und in äusserst seltenen Fällen wiederkehrt. Dieses Verfahren ist schon seit einer langen Reihe von Jahren hier im Gebrauch. In Europa scheint es weniger bekannt zu sein. Es ist ungemein einfach, sicher, reinlich und nicht belästigend für den Patienten, wie z. B. die ekele Schmierkur oder die Kalomel-Injektionen.

Dr. H. S. Frenkel-Heiden (Schlusswort): Ich möchte nur ein Missverständnis aufklären, als ob ich bei meiner Klassifizierung der symptomatischen Tabes geglaubt hätte, dass dies eine strenge Teilung sein soll. Ich glaube ganz ausdrücklich gesagt zu haben, dass es eine praktische Einteilung ist, und dass sie wissenschaftlich zulässig ist, da es bekanntlich Fälle gibt, in denen ein einziges Symptom das ganze Bild beherrscht.

Auf die weiteren Ausführungen des Kollegen Fränkel einzugehen würde hier nicht die geeignete Zeit sein. Wir würden dann zu sehr auf spezielle neurologische Betrachtungen einzugehen haben. Immerhin möchte ich aber seine Meinung nicht unwidersprochen lassen. Ich möchte nicht mit ihm über die Sache diskutieren. Das ist zu kompliziert. Aber ich möchte doch feststellen, dass ich weder mit seinen klinischen Auseinandersetzungen einverstanden bin, noch namentlich mit der anatomischen Scheidung zwischen exsudativer und degenerativer Form. Wenn es schon nicht richtig war, dass ich nicht sorgfältig genug die symptomatische Form als etwas Künstliches angesehen habe, so ist es sicher nicht richtig, den Gegensatz zwischen zwei besonderen anatomischen Formen anzunehmen. Ich halte das für eine so sehr künstliche Scheidung, dass ich deren wissenschaftliche Berechtigung, wie die Sachen augenblicklich liegen, vollständig und absolut bestreiten muss. Nachdem ich das von meinem Gewissen geredet habe, muss ich den beiden Herren für ihre freundliche Zustimmung zu meiner Tätigkeit danken und dem Verein dafür danken, dass er mir Gelegenheit gegeben hat, nach so vielen englischen Reden in New York auch einmal in der guten deutschen Sprache zu sprechen.

Präsident Dr. J. A. Schmitt: Es erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Dr. Frenkel für seinen interessanten und lehrreichen Vortrag den herzlichen Dank unserer Gesellschaft auszusprechen.

Beamtenwahl: Dr. L. Weiss berichtet namens der Stimmzähler und erklärt der Präsident folgende Herren als die für das Jahr 1907 erwählten Beamten: Präsident, Dr. Carl Beck; Vize-Präsident, Dr. G. Mannheimer; Prot. Sekretär, Dr. John A. Beuermann; stellvertr. Prot. Sekretär, Dr. A. Ripperger; Korresp. Sekretär, Dr. H. Fischer; Schatzmeister, Dr. S. Breitenfeld; Aufnahme-Komitee, Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. F. Maass, Dr. J. A. Schmitt, Dr. H. J. Boldt und Dr. Joseph Fraenkel.

Hierauf folgt Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
Prot. Sekretär.

Feuilleton.

Die Medizin zur Zeit Homers.

Von Dr. N. Benakis-Smyrna. *)

Ostindier und Griechen sind früh in der Zivilisation vorgeschritten gewesen und haben uns die meisten geschriebenen Monumente hinterlassen. Aus der Literatur dieser beiden Völker ersehen wir, dass in der fernsten Vergangenheit, die Kenntnis der medizinischen Wissenschaft vorhanden war und dass einige Männer sich speziell ihrem Studium widmeten. In einigen Versen der Vedischen Hymnen wird von Aerzten und Krankheiten gesprochen. „Unsere Wünsche (bemerkt der Dichter) sind verschiedene. Der Wagenbauer braucht Zimmerholz, der Arzt Krankheit, der Priester Begräbnisfeiern." Aus solchen Reden können wir (wie Daramberg sagt) übrigens schliessen, dass in jener fernen Zeit die Ostindier etwas von Medizin verstanden, so die Behandlung der Frauen während und nach der Entbindung sowie die Pflege des Neugeborenen, auch etwas über Anatomie und andere Dinge. Nach demselben Autor wird Aussatz, Schwindsucht und eine andere Krankheit — anscheinend Abortblutung — erwähnt. Einige Sätze beziehen sich auf Schlangenbisse.

Aber kein anderes Volk hat auf die Entwickelung der Arzeneiwissenschaft einen solchen Einfluss ausgeübt wie die Griechen. Die griechische Medizin darf als Anfang der modernen Medizin angesehen werden. Die griechische Systematisierung ist noch jetzt in Kraft. Die vielfach als älteste angesehene indische Medizin hat keine Literatur hinterlassen. Die ägyptische Medizin beschränkte sich wesentlich auf Diätvorschriften, die der Hebräer auf hygienische Gesetze. Im grossen ganzen hat die Medizin der orientalischen Völker keine Früchte getragen. Die medizinischen Kenntnisse wurden damals als das Sonder-Eigentum der Priesterkaste angesehen; gebunden durch Fatalismus und Aberglauben machte sie keine Fortschritte, selbst nicht, als diese orientalischen Völker in Kontakt mit den Griechen kamen. Die Medizinschule von Alexandria profitierte nichts von der Medizin, wie sie Hebräer und Aegypter verstanden.

In der ältesten Zeit existierte keine Literatur ausser dem Epos, der zugleich religiösen und heroischen Dichtung. Ein Mann jener Zeit hat in sie ihre ganze Seele hineingelegt und so sehen wir wie in einem Spiegel all ihr Wissen und die Saat der Bildung späterer Zeiten. In jeder literarischen Frage müssen wir zu ihrer geschichtlichen Würdigung auf Homer zurückgreifen und hinsichtlich der medizinischen Wissenschaft und ihrer Begründung haben wir auf ihn zu blicken.

Die Ilias und Odyssee, jene beiden unsterblichen Werke des griechischen Genius, enthalten in der Tat wenigstens im Keime einen Teil der medizinischen Kenntnisse späterer Zeiten. Die von Homer gebrauchten anatomischen Bezeichnungen sind die gleichen wie bei Hippokrates. Homer's Theorie der Lebenssubstanz der Luft, des Blutes, die Kenntnis der Teile des menschlichen Körpers, deren Verwundung Gefahr bringt; die Prognose der Wunden, Gesetze der chirurgischen Behandlung; die Kenntnis von Mitteln, Schmerz zu lindern und Blutung zu stillen, beweisen, dass innere Medizin und Chirurgie damals bereits entwickelt waren. Agamemnon tröstet den Menelaos der in der Schlacht verwundet war, mit den Worten: „Der geschickte Arzt wird die Wunde pflegen und schmerzstillende Mittel auflegen".

Und von dem Arzte Machaon heisst es: „Nachdem er die Wunde besichtigt, die der Pfeil gesetzt, sog er das

*) Aus Deutsche med. Presse, 1906. No. 22.

Blut aus der Wunde, legte dann beruhigende Mittel auf, welche einst Cheiron aus Freundschaft seinem Vater (Asklepios) geschenkt hatte".

Aehnlich behandelt Patroklos, der es von Achill und dieser von Cheiron — gelernt hatte, die Wunde des Eurypilos:

„Netzte sie mit lauem Wasser, streute eine schmerzstillende Wurzel darauf, sie mit der Hand verteilend, die alle Schmerzen fern hielt; die Wunde trocknete er und stillte das Blut".

In der Odyssee wird übrigens, nachdem die Beschreibung der heroischen Epoche beendet ist, mehr von innerer Medizin erzählt. Hier spricht Homer von „Nepenthes" und „Moly". Das erste derselben, wie schon aus der Etymologie hervorgeht (nepenthes-schmerzlos) war ein Mittel, um Sorgen zu vertreiben. Die Person, die es trank, vermochte, selbst wenn sie Vater und Mutter verloren hatte oder wenn ihr Bruder oder Sohn vor ihren Augen starb, die Erregung einen ganzen Tag zu ertragen, ohne Tränen zu vergiessen. Dieses Mittel gab Helena (die es aus Aegypten erhalten hatte) dem Telemach, um seinen Trübsinn zu zerstreuen, als er den Menalaos besuchte in der Absicht zu erfahren, was aus Odysseus geworden war.

„Sogleich warf sie in den Wein, von dem er trank, ein Mittel, das schmerz- und zornstillende, das alle Uebel in Vergessenheit bringt. Wer das in der Mischung geschlürft hat, dem rinnt den ganzen Tag keine Träne über die Wangen, ob ihm auch Vater und Mutter stirbt, oder ob einer vor ihm den Bruder oder den lieben Sohn mit dem Schwerte umbringt und er es mitansieht".

Dieses „Nepenthes" war nach der Ansicht einiger eine Pflanze genannt Ochsenzunge oder Hundszunge, nach anderen war es Stramonium, während es noch andere für die Pflanze Helenium halten. Wahrscheinlicher ist's, dass Opium darunter zu verstehen ist. Diodor (I 97) meint, diese Verse beweisen, dass Homer in Aegypten gelebt habe, weil Helena das Mittel Nepenthes aus dem ägyptischen Theben von Polydamne, dem Weibe des Thomos erhalten habe. Es scheint, dass Homer die Pflanze genau geprüft hatte, und die ägyptischen Frauen benutzen sie zur Zeit noch. Von dem Kraut Moly, welches Hermes dem Odysseus gab, um die Droge zu neutralisieren, mit der Kirke Männer in Schweine verwandelt hatte, heisst es:

„An der Wurzel war es schwarz, der Milch ähnlich die Blüte; Moly nennen es die Götter; schwer ists zu erlangen für sterbliche Männer, die Götter aber vermögen alles".

Ueber die Art dieser Pflanze und die Gattung, der sie angehört, ist viel geschrieben worden. Theophrastus (Pflanzenkunde IX, 15) sagt, ihre Wurzel sei eine Knolle und ihre Blätter ähnelten denen der Zwiebel.

Plinius sagt, „Moderne Autoren meinen, das Homer'sche Moly sei eine Art von Allium, zu der Zwiebel und Knoblauch gehört, die beide als Vorbeugungsmittel gegen Trunksucht gelten." Linné gab den Namen Moly der goldenen Zwiebel (Allium Moly), die in Gärten gezogen wird wegen ihrer vielen Blüten von schöner gelber Farbe. Manche glauben, Moly sei vermutlich Schlangenwurzel, die man in alter Zeit für ein Antidot gegen Hexerei hielt. Uebrigens kannte Homer die antiseptische Wirkung des brennenden Schwefels. Nachdem Odysseus die Freier getötet, verbrannte er Schwefel in seinen Zimmern „Schwefel, das ein Mittel gegen Uebel ist".

Die in der Ilias erwähnten Aerzte sind Asklepios (Aeskulap) und seine beiden Söhne Podaleirios und Machaon. Asklepios rangiert bei Homer unter den Sterblichen und war keineswegs die Personifikation der Heilkunde. Unter den Göttern besass allein Apollo die Macht zu heilen, daher sein Beiname Alexikakos, der Hüter, Akesios der Heiler, er wird auch der Retter genannt. Hesiod erwähnt in der Theogonie den Aeskulap nicht, bei Pindar und Sophokles rangierte er unter den Sterblichen.

In Sophokles' Philoktet (1437 und 38) verspricht Herkules, den Aeskulap zu Philoktet zu senden: „Ich will Aeskulap nach Ilion senden, um Deiner Krankheit Einhalt zu

gebieten". Pindar nennt ihn zu Beginn der dritten Pythischen „den Helden, welcher jede Art von Krankheit heilt". So ist nach Homer die medizinische Wissenschaft menschlich und laienhaft; sie ist nicht wie bei den Orientalen eine Domäne der Priester. Selbst Paieon, der Arzt der Götter, benützt im Olymp dieselben Medizinen, welche die Aerzte des Griechenheeres anwenden: Medizinen für alle Arten von Leiden (Il. V. 401, 900). Homer lobt häufig die Aerzte, er nennt den Aeskulap den „höchsten Heiler" und seine Söhne gute Aerzte. Anderswo sagt er „Ein Arzt ist soviel wert, wie viele andere Männer", er beweist also seine Achtung vor der Medizin und denen, die sie ausüben.

In der Zeit nach Homer war das medizinische Wissen in Griechenland verbreitet unter Laienpraktikern und Aeskulappriestern. Die Griechen hatten begonnen, dem Aeskulap göttliche Ehren zu erweisen als dem Wohltäter der Menschheit; sie errichteten reiche Tempel ihm zu Ehren, die Kranken brachten Weihgeschenke dorthin; man nannte ihn göttlich, heilig, gerecht. Wie es scheint, hatte diese äskulapische Medizin nichts gemein mit der der Laienärzte, oder vielmehr sie war eine Mischung von Wissenschaft und Quacksalberei, die oft weniger den Kranken, als den Aeskulappriestern wohl tat. Jedenfalls gingen diese beiden Formen der medizinischen Praxis, die der Priester und die der Laienärzte, lange neben einander her.

Viele Leute huldigen der irrigen Meinung, die medizinische Wissenschaft sei in Griechenland zuerst mit Hippokrates aufgetreten, er sei der erste Arzt ohne Vorgänger gewesen, er habe von medizinischen Kenntnissen der Vorzeit nichts profitieren können, weil vorher nichts geleistet worden sei; mit anderen Worten die medizinische Wissenschaft sei durch ihn gegründet worden, sie sei aus seinem Gehirn hervorgegangen, wie Athene völlig gerüstet aus Jupiters Haupt entsprang. Wer das glaubt, kennt nicht die Bedingungen der Entwickelung und des Fortschritts von Wissenschaft und Kunst, kennt insbesondere nicht die Geschichte der vorhippokratischen Medizin, er hat selbst keine Kenntniss von dem echten Text der hippokratischen Schriften, welche nicht die erste Frucht des medizinischen Studiums waren, sondern, das Genie-Produkt des medizinischen Wissens aller vorangegangenen Nationen, wozu das während der Zeit des Hippokrates erworbene Wissen hinzukam.

Tatsächlich behauptet Hippokrates nicht als der erste, der sich mit Medizin beschäftigte, zur Welt gekommen zu sein, sondern in seinem Buche über alte Medizin sagt er „Medizinische Wissenschaft hat von altersher existiert, sie hatte einen Anfang und eine vorgezeichnete Route, auf der im Laufe der Zeit viele gute Dinge gefunden wurden und der Rest wird hinzugefügt werden, wenn ein fähiger Mann das kennt, was schon bekannt ist, und weiter forscht von Anbeginn seiner Tätigkeit". In alten Zeiten bestanden viele Medizinschulen, einige davon vor und andere gleichzeitig mit Hippokrates, so z. B. in Knidos, Kos, Samos, Rhodos, Kroton, Kyrene und anderen Orten. Die dem Hipppokrates zugesprochenen Bücher sind nicht alle von ihm geschrieben worden, weil in ihnen die Lehren der Knidischen Schule ausführlich dargestellt sind, einer Schule, die in alten Zeiten ebenso wie die Koische gefeiert war. Wenn auch diese Tatsache dem Ruhme des Hippokrates etwas entzieht, so ehrt sie doch den griechischen Genius, denn sie zeigt ja, dass Griechenland zu jener Zeit viele grosse Aerzte besass.

Aber mit Hippokrates erreichte die medizinische Wissenschaft den Gipfel ihres Ruhmes in Griechenland. Jener grosse Mann lebte in der glorreichen Zeit Athens, während der grossen Perikleischen Epoche, welche die grössten Fortschritte in der Geschichte der Menschheit hervorrief, einem Zeitalter, das den Sophokles, Euripides, Thukydides, Platon, Phidias und Polyklet, Mnesikles und Iktius, Polygnotos, den grossen Maler von Tharsos, und viele andere grossen Männer erzeugt hat.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Alypin als Lokalanästhetikum.* H. Dold verwandte bei seinen Versuchen Lösungen in abgekochtem Wasser und zwar in letzter Zeit nur Lösungen in Verbindung mit Suprarenin, indem der 1—2%igen Lösung von Alypin 3—5 Tropfen einer 1‰igen Suprareninlösung zugesetzt wurden. Die zur Schleimhautpinselung benützten Lösungen waren meist 4%ig.

Zu der Infiltrationsanästhesie der Haut wurden anfangs 2%ige, später auch 1%ige Lösungen, mit denen man vollkommen auskam, verwendet.

Im ganzen wurden im Mariahospital zu Stuttgart, dem der Bericht des Verfassers entstammt, über 50 Fälle unter lokaler Alypinanästhesie operiert, abgesehen von zahlreichen Schleimhautpinselungen der Mund- und Rachenhöhle.

Bei 4 Amputationen und Exartikulationen von Fingern wurde die Leitungsanästhesie nach Oberst gemacht, d. h. der Finger an seiner Basis zirkulär subkutan injiziert, 7—10 Minuten gewartet und dann die Operation absolut schmerzlos vorgenommen. Die verbrauchte Menge Alypin betrug 0,08—0,2 g.

Ebenso konnten 4mal Fremdkörper (drei Nadeln und ein Holzsplitter) ohne jede Empfindung von seiten des Patienten bei Verbrauch minimaler Mengen aus der Hand oder dem Vorderarm entfernt werden.

Ein dankbares Objekt bildeten ferner kleine Tumoren, Atherome, Ganglien, Lipome, Fibrome der Mamma, solitäre Lymphome und ähnliches, und es sind 12 derartige Fälle operiert worden. Auch bei der Exstirpation eines Hygroma praepatellare wurde nur wenig Schmerz geäussert.

Die verbrauchten Alypinmengen schwankten zwischen 0,1 und 0,4 g.

Ferner wurde die Radikaloperation einer Hydrokele und eine Enterostomie völlig schmerzlos ausgeführt.

Nachwirkungen wurden in keinem Fall beobachtet, weder Störungen im Allgemeinbefinden, noch lokale Störungen in der Wundheilung (Randgangrän oder dergl.), trotzdem mitunter grosse Mengen Alypin verwendet wurden. Auch bei grossen Operationen, die bis zu 40 Minuten dauerten, hielt die anästhesierende Wirkung an, so dass auch die Naht vollkommen schmerzlos war.

Aus den mitgeteilten Fällen geht, wie Verf. erklärt, mit Bestimmtheit hervor, dass Alypin ein sicher wirkendes Lokalanästhetikum ist. An Wirksamkeit ist es dem Kokain ebenbürtig und dabei doch viel weniger giftig als dieses. (Med. Korrespondenzbl. d. württ. ärztl. Landes-V., Nr. 10, 1906.)

— *Santyl-Knoll als internes Anti-Gonorrhoikum.* Als die zur Zeit bestbewährte und von der grossen Mehrzahl der Aerzte angenommene Methode der Gonorrhoetherapie darf die sogenannte kombinierte Behandlungsweise, d. h. die lokale Anwendung von Silberpräparaten, kombiniert mit der internen Verabfolgung eines geeigneten Balsamikums unter Beobachtung von entsprechender Diät und Vermeidung körperlicher Anstrengungen, bezeichnet werden. Die Darreichung der Balsamika, auch des reinen ostindischen Sandelöls, ist aber bekanntlich mit mancherlei Uebelständen verbunden, die den Weitergebrauch dieser Mittel gelegentlich unmöglich machen. Diese Uebelstände konnten erst beseitigt werden, als bei eingehenderen Experimentaluntersuchungen über die Wirkungsweise der Balsamika die Ursache der Reizwirkung des Sandelöls, abgesehen von dem geringen Gehalt an Santalen, in seinem Hauptbestandteil, dem Santalol selbst, erkannt war. Vieth (Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran). Durch Eliminierung des Santalens und durch chemische, esterartige Bindung des Santalols an Salicylsäure konnte dann ein Derivat des Sandelöls gewonnen werden, das bei gleich guter therapeutischer Wirkung die unangenehmen Eigenschaften nicht besass. Das Präparat wurde unter dem Namen Santyl in die Therapie eingeführt.

Santyl, der neutrale Salicylester des Santalöls, ist ein gelbliches Oel von ganz schwachem balsamischen Geruch. Es ist frei von dem beim reinen Sandelöl und seinen bisherigen Präparaten so lästigen, heftig kratzenden Geschmack. Es bedarf daher nicht der Verordnung in Kapseln, sondern kann in Tropfen gegeben werden und wird von den Patienten in dieser Form (am besten mit etwas Milch oder

auf Streuzucker) gern genommen. Hand in Hand mit der Geschmacklosigkeit geht auch die Reizlosigkeit für die Schleimhaut des Magens. Selbst auf leeren Magen genommen, werden weder Magendrücken, Uebelkeit, noch sonstige Beschwerden, die nach Sandelöl, auch bei Darreichung in Kapseln, so häufig bemerkt werden, durch Santyl hervorgerufen.

Der Unterschied zwischen dem Santyl und allen bisher bekannten Balsampräparaten ist besonders in Bezug auf Geschmack und Nebenwirkungen ein auffallender. Bekanntlich werden nach Sandelöl nicht selten leichte Albuminurie und Kreuzschmerzen beobachtet. Ehrmann wandte in einer Reihe solcher Fälle nach Aussetzen des Sandelöls Santyl an, ohne dass die Kreuzschmerzen oder die Albuminurie sich wieder bemerkbar machten. Auch Kaufmann hat unter seinen zahlreichenreichen mit Santyl behandelten Fällen kein einziges Mal eine Nierenreizung gesehen. Es darf daher als erwiesen gelten, dass durch die chemische Bindung des Santalöls an Salicylsäure auch die Reizwirkung auf die Nieren zum mindesten sehr herabgemildert ist. (Vieth.)

Das Brennen in der Harnröhre, die Schmerzen bei der Miktion, der Urindrang lassen in den meisten Fällen unter Santyl-Behandlung schnell nach, die manchmal auftretenden schmerzhaften Erektionen verschwinden gewöhnlich. (Ehrmann.) Objektiv lässt sich eine deutliche Abnahme der eitrigen Sekretion, mit der ein Zurückgehen der entzündlichen Schwellung der Schleimhaut verbunden ist, beobachten. Es tritt meist eine rasche Klärung des trüben Urins ein.

Durch diese Behandlung mit Santyl in Verbindung mit schonenden Injektionen und Diät, gelingt es fast immer, den Prozess auf die vordere Harnröhre lokalisiert zu halten, sodass der Heilungsverlauf abgekürzt wird und Komplikationen von seiten der Blase, Nebenhoden und Prostata wesentlich seltener beobachtet werden. Aber auch bei bereits eingetretener Urethritis post. leistet Santyl zur Bekämpfung des heftigen Harndranges und zum Klären des Urins vorzügliche Dienste: Geradezu glänzend bewährte sich Santyl bei Gonorrhoea posterior, hier trat bei Bettruhe, Diät und Santyl in wenigen Tagen Besserung ein. (Kaufmann.)

Auch bei Cystitis wurde von Santyl gute Wirkung gesehen, doch empfiehlt es sich hier, da meist Mischinfektion vorliegt, neben Santyl gleichzeitig 3×0.5 Hexamethylentetramin (Urotropin) zu verabreichen. Die allen Balsamicis abgehende, bei Cystitis erwünschte starke antiseptische Wirkung ist bei Santyl durch Salicylabspaltung zum Teil erreicht und lässt sich durch kleine Gaben Hexamethylentetramin noch erhöhen.

Bei rein chronischer Gonorrhoe (Infiltrate etc.) sind die Balsamika naturgemäss ohne genügende Wirkung; doch wird Santyl mit Erfolg angewandt, sobald akute Verschlimmerungen chronischer Fälle vorliegen. Auch die bei chronischer Gonorrhoe und Prostatis oft bestehenden unangenehmen Sensationen werden durch Santyl zum Verschwinden gebracht. Desgleichen erzielte Kaufmann prompte Erfolge bei sogenannten postgonorrhoischen Beschwerden, bei denen zwar gelegentlich Prostatis nachweisbar ist, die aber oft anscheinend ihre Ursache kaum nachweisbaren kleinen submukösen Infiltraten verdanken. Hierbei erschien ihm Santyl, wohl seiner Salicylkomponente wegen, in der schmerzstillenden Wirkung den anderen Balsamicis entschieden überlegen.

Wenn man alle mit dem neuen Sandelpräparate gemachten Erfahrungen zusammenfasst, so darf man sagen, dass das Santyl einen wesentlichen Fortschritt für die interne Gonorrhoetherapie bedeutet. Dr. Kaufmann fasst sein Urteil über Santyl dahin zusammen: „dass wir in ihm ein Mittel gefunden haben, welches die Vorzüge eines guten Santalpräparates in jeder Hinsicht besitzt und zugleich auch die geschätzten Wirkungen der Salicylsäure aufweist. Vor den bisher bekannten Balsamicis hat es aber den Vorzug, dass es, weil fast geruch- und geschmackfrei, sich leicht in Tropfen nehmen lässt, absolut keine Beschwerden seitens des Magens und Darmkanals erzeugt und auch unangenehme Wirkungen auf die Nieren so gut wie vollständig ausgeschlossen sind."

— *Das Guajakolalalbuminat Histosan und seine Anwendung bei Lungen- und Darmtuberkulose.* Rudnik (Med.-Bl. 1906, 34) schreibt dem Histosan-Syrup folgende Eigenschaften zu:

1. Er wirkt nicht nur appetiterregend, sondern infolge seiner vorzüglichen Zusammensetzung auch ernährend und stimulierend auf die Gewebebildung und stimulierend auf den ganzen Organismus.

2. Er wird ausnahmslos von Erwachsenen

sowohl als auch von Kindern gerne genommen und dauernd gut vertragen.

3. Er zeigt nicht die geringsten unangenehmen oder schädlichen Nebenwirkungen, wirkt antibakteriell, fäulnishemmend und ist unbegrenzt haltbar.

Vergleicht man die Wirkungsweise der kombinierten Histosan- und Ernährungsbehandlung bei Lungen- und Darmtuberkulose mit der früher so modern gewesenen Heilanstaltsbehandlung, so überwiegen die Vorteile der erstern bei weitem die der Heilanstaltsbehandlung.

— *Innere Behandlung der Erkrankungen des Gallensystems mit Probilin.* J. Brings in Wien schreibt darüber u. a. folgendes: Die Erfahrung lehrt, dass das Salizyl im stande ist, einen Zyklus sich wiederholender Anfälle von Gallensteinkolik sicher abzubrechen, d. h. die Steine in den Ruhezustand zu bringen, wie sonst kein anderes Mittel. Ich verfüge über eine Reihe von Fällen, wo Kranke, welche durch fortwährende Schmerzanfälle mit Erbrechen und völlig behinderter Nahrungsaufnahme viel an Körpergewicht verloren, nachher aber unter Salicylbehandlung in wenigen Tagen, von Schmerz, Erbrechen u. s. w. befreit, wieder an Gewicht zunahmen. Die Behandlungsweise ist mild und einfach. Das Mittel wird in der anfallsfreien Zeit gegeben und zwar selten mehr als 0,5 viermal täglich in Wasser oder in einem alkalischen Säuerling. Gleichzeitig werden feuchte, vom Thermophor bedeckte Kompressen auf die Lebergegend aufgelegt und eine sehr strenge, vorwiegend flüssige Kost verabreicht. Der Kranke bleibt anfangs im Bette, welches er nach der oft raschen Besserung verlässt. Mit dem Fortschreiten der Besserung wird stufenweise auch der Diätzettel erweitert. Das Salizyl und die warmen Umschläge werden gewöhnlich vier Wochen lang fortgesetzt. Nach der ersten Salizylkur kann man eine nachträgliche Karlsbader Kur folgen lassen und weiterhin zwei- bis dreimal eine mehrwöchentliche mildere Salizylkur, etwa dreimal täglich 0,5 ohne Beschränkung der Bewegung oder der Diät (Stiller).

Ein zweites Mittel, welches sich bei Krankheiten der Gallenwege bewährt hat, ist das saure ölsaure Natron das unter dem Namen Eunatrol den Aerzten bekannt ist. Letzteres wurde von F. Blum in Frankfurt a. M. als gallentreibendes Mittel in den Arzneischatz eingeführt und in seiner Wirkung von Cipriani und Carlier nach der gallentreibenden Seite hin erforscht und erklärt. Es bewirkt tatsächlich eine Steigerung der Gallensekretion auf das Vierfache (Blum, Gamgee, Rutherford). Das saure ölsaure Natron wird laut Angabe von Clemm mindestens drei Monate lang morgens und abends, beim Anfange auch mittags, in Dosen von je 0,75 am besten in Lösung genommen. Die exquisit gallensteinerweichende und cholesterinbreilösende Wirkung des sauren ölsauren Natrons lässt es ebenso bei steinbildendem Katarrh in der Entstehung, wie bei bereits bestehenden Konkrementen angezeigt erscheinen.

Die Vereinigung beider gegen die Gallensteinkrankheit bewährten Mittel wurde von Bauermeister durchgeführt. Die aus diesen zwei Komponenten zusammengesetzte und mit Phenolphthalein und Menthol kombinierte Mischung ist das Rohmaterial für die Pillenmasse, aus welcher die Probilinpillen hergestellt werden. Eine Probilinpille enthält 0,1 Salizylsäure und saures ölsaures Natron.

Das Salizyl ist nach den vergleichenden Untersuchungen von Mandelstamm das mächtigste Cholagogum, indem es eine reichliche, dünnflüssige, an festen Bestandteilen arme Gallenflut produziert, welche geeignet ist, eingeklemmte Steine abzubröckeln und zu mobilisieren. Dazu kommt noch die antiseptische Wirkung des unmittelbar aus dem Magen und den Darmvenen dem Portalblut und der Leber zugeführten Salizyls, welches dabei auch in die Galle übergeht (Chauffard). Bei der ursächlichen Bedeutung der Infektion und Entzündung für die Entstehung der Gallensteinkolik ist diese Wirkung wohl sehr hoch anzuschlagen. Ferner kommt beim Salizyl noch seine analgetische Wirkung hinzu, welche die Reflexerregbarkeit der Gallenwege und der Blase herabsetzt. Eine steinlösende Aktion kommt dem Salizyl nicht zu. Das Mittel wirkt zur Zeit der Anfälle mit allen drei Faktoren, hingegen wird während seines weiteren chronischen Gebrauches seine cholagoge und desinfizierende Aktion in Anspruch genommen. Es hält die Blase und die Gallengänge aseptisch und verhindert durch stärkeren Zufluss verdünnter Galle die Bildung neuer Konkremente (Stiller). Die besten Erfolge erzielt man mit Salizyl in jenem Stadium der Krankheit, wo die Steine noch in der Blase sind und sich wiederholt in den Ductus cysticus eindrängen und einklemmen. In diesem Stadium der erfolglosen Kolikanfälle kann die Wirkung des Salizyls nur darin bestehen, dass es die Ent-

zündung der Blase und ihres Halses bessert, ihren Reizzustand vermindert und nach Abschwellung der Schleimhaut durch den vermehrten Strom dünnflüssiger Galle die im Blasenhalse und im Ductus cysticus steckenden Steine mobilisiert und in die Blase zurückschwemmt. Damit wird der Ruhezustand der Steine hergestellt, wie er bei vielen Menschen jahrelang oder auch lebenslang besteht, ohne Krankheitserscheinungen hervorzubringen (Stiller). Bei kleinen Konkrementen im Ductus cysticus ist auch die Möglichkeit gegeben, dass dieselben durch den gesteigerten Gallenstrom nach ihrer Zurückschwemmung in die Gallenblase durch den inzwischen abgeschwellten Cystikus in den Choledochus getrieben und dann in den Darm ausgestossen werden. Beim akuten Verschluss des Choledochus besteht die Wirkung des Salizyls in einer wirklichen Abtreibung des Steines. Hingegen ist beim chronischen Choledochusverschluss ein Erfolg nur ausnahmsweise zu verzeichnen. Auch in Fällen von Cholezystitis und Perihepatitis, wo gar keine Koliken bestehen, zeigt Salizyl eine günstige Wirkung, indem dasselbe in die Galle übergeht und seine desinfizierende Aktion in dem ganzen Kanalsystem zur Geltung bringt.

Die zweite Komponente der Probilinpillen. das saure ölsaure Natron, ist nicht nur gallensteintreibend, sondern auch steinlösend, indem es, wie das Experiment zeigt, die Steine zunächst in einen Zustand der Erweichung überführt und später in einen Brei zerfallen lässt (Clemm). Die Angriffsweise dieses Mittels geht in der Weise vor sich, 1. dass es in die Infiltrationskanäle der Konkremente eindringt und von innen heraus dieselben erweicht, 2. dass es von aussen her den Cholesterinpanzer zermürbt und 3. dass es die auf die eingekeilten Steine niedergeschlagenen Cholesterinkristalle von deren Oberfläche abspült und auflöst. Durch das saure ölsaure Natron werden demnach die Steine teilweise oder auch gänzlich gelöst, daher kann ein Kolikanfall leicht als erfolgloser Anfall angesehen werden, wenn keine Konkremente in den Abgängen vorgefunden werden. Ein solches Ergebnis einer Attacke ist nichts neues. Wissen wir doch, dass viele Steine — die Bilirubinkalksteine stets, die gemischten meist — nach Naunyn im Darme zerfallen. Sind nun solche infolge der gallentreibenden und lösenden Wirkung des sauren ölsauren Natrons in den Darm gelangt, so können sie selbstverständlich denselben dann auch ganz passieren, ebenso gut aber auch verschwinden.

Der Zusatz von Menthol und Phenolphthalein verfolgt bloss den Zweck milder Anregung der Darmtätigkeit und der Erhöhung der Bekömmlichkeit des Präparates.

Die Tagesdosis richtet sich nach dem Stadium der Krankheit. Im akuten Anfall kann man bis zu 20 Pillen per Tag geben; bei chronisch verlaufenden Fällen genügen 6 bis 10 Pillen täglich, am besten morgens und abends je 3 bis 5 Pillen.

Bei dem chronischen Krankheitsverlaufe empfiehlt sich zunächst eine vierwöchentliche Kur, welche durch eine längere Pause abgelöst wird, und nachher etwa noch viermal im Laufe desselben Jahres eine Kur von je drei Wochen. Die Beobachtung lehrt, dass darauf die Anfälle entweder ganz ausbleiben oder mindestens mit schwachen Kolikschmerzen verlaufen. Freilich ist nicht immer zu erwarten, dass die Krankheit nach einer solchen Kur dauernd verschwindet. Das ist ja auch schwer möglich, weil die Disposition zur Gallensteinkolik meistens noch sehr lange vorhanden ist, da selbst nach operativer Entfernung der Steine Kolikanfälle durch das Auftreten neuer Steine sich häufig genug wieder einstellen. Wenn man noch die Lehre von der Erblichkeit der Cholelithiasis (Façonneau Dufresne) berücksichtigt, so darf man in vielen Fällen eine dauernde Heilung der Krankheit durch dieses Präparat ebensowenig wie durch andere Präparate und Heilbehelfe erwarten. Die Wirkung ist also zunächst eine rein symptomatische. Wenn man weiter bedenkt, dass die Probilinpillen durch ihre Zusammensetzung die Gallenwege aseptisch machen, so fällt es leicht, einzusehen, dass sie auch prophylaktisch wirken. (Med. Blätter, 1906. No. 25 und 26.)

Kleine Mitteilungen.

— *Preisarbeit.* Der Verein abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes hat in seiner 11. Jahresversammlung am 6. Oktober 1906 in Elberfeld beschlossen, einen Preis für die beste Arbeit über folgendes Thema auszuschreiben: Es sollen untersucht werden: a) Der Einfluss des Alkohols am Hungertiere auf Lebensdauer und Stoffumsatz. b) Die Mittel der Entgiftung des Alkohols im Organismus sowohl im Hungerzustande als auch bei Füt-

terung mit Zucker, eventuell anderen Stoffen. Der ausgesetzte Preis beträgt 200 Mark.

Das Amt der Preisrichter haben übernommen: 1. Professor Dr. Rosenthal in Erlangen. 2. Professor Dr. Kutscher in Marburg. 3. Professor Dr. Rosenfeld in Breslau.

Den mit Motto versehenen Arbeiten ist ein das gleiche Motto tragender Umschlag, der den Namen des Verfassers enthält, beizufügen.

Die Arbeiten sind bis zum 1. April 1908 an Dr. Holitscher in Pirkenhammer bei Karlsbad einzusenden. Die Zuerkennung des Preises erfolgt in der Jahresversammlung des Vereins im Jahre 1908.

— Das Erscheinen des 65. Jahresberichts der New York Society for the Relief of Widows and Orphans of Medical Men giebt uns Veranlassung, die Aufmerksamkeit der Kollegen auf dieselbe zu lenken. Die verhältnissmässig geringe Anzahl von Mitgliedern (130) aus der grossen Zahl der in den Counties New York, Kings, Nassau, Queens, Richmond und Westchester praktizierenden Aerzte lässt darauf schliessen, dass die Wirksamkeit dieser Gesellschaft im Ganzen wenig zu allgemeinerer Kenntnis der Aerzte gelangt oder von demselben nicht genügend gewürdigt wird. Die Mitglieder bezahlen entweder ein Eintrittsgeld von $25 und jährlich $10 für 20 Jahre (annual membership) oder einen einmaligen Betrag von $100 innerhalb drei Monate nach ihrer Erwählung (life members). Dagegen verpflichtet sich die Gesellschaft, nachdem ein Mitglied zwei volle Jahre derselben angehört hat, im Falle eines Todes der Wittwe und etwaigen unmündigen Kindern ein zur Deckung wenigstens notwendiger Bedürfnisse genügende jährliche Unterstützungssumme zu gewähren. Wittwen, die abgesehen von dem, was sie durch eigene Tätigkeit verdienen, ein jährliches Einkommen von $800 und darüber haben, sind nicht zur Unterstützung berechtigt, solche die gar kein Einkommen haben, erhalten eine jährliche Unterstützung von $400, solche, deren Einkommen weniger als $800 beträgt erhalten einem diesem Einkomme proportionierter Zuschuss, in dem die Hälfte des Einkommens von der vollen Summe von $400 abgezogen wird. Die Summe von $400 mag recht gering erscheinen, indess entspricht sie dem Einkommen von einer Lebensversicherungs von $10,000. Unter ähnlichen Bedingungen erhalten die Kinder, Knaben bis zu 16, Mädchen bis zu 18 Jahren, eine jährliche Unterstützung von $100 und, zum Schluss, die Summe von $100 als „Ausstattung". Der Umstand, dass die gewährten Unterstützungen in gar keinem Verhältnisse zu den Leistungen der Mitglieder stehen, beweist den Charakter der Gesellschaft als der einer wohltätigen. Dies sollte auch solche Kollegen veranlassen, derselben beizutreten, deren Verhältnisse es ausser Frage stellen, dass ihre Angehörigen jemals in die Lage kommen würden, die Hilfe der Gesellschaft in Anspruch zu nehmen. Die Berechtigung der Wittwen besteht, so lange sie leben oder unverheirathet bleiben; es ist wiederholt vorgekommen, dass Wittwen die in günstigen Verhältnissen zurückgelassen worden waren, nach Jahren sich mittellos fanden.

In dem vergangenen Jahre wurden an 21 Wittwen und 3 Kinder $6627.47 ausbezahlt, 8 Wittwen bezogen die volle Summe von $400: Die regelmässigen Verwaltungskosten betrugen weniger als $300.

Die Gesellschaft hat ein Vermögen von $271,683.37: zum grössten Teil in Hypotheken angelegt, ein grosser Teil derselben rührt von Vermächtnissen und Geschenken her, besonders von dem verstorbenen Dr. Alonzo Clark, aber die Ueberschüsse der Einnahmen über die Ausgaben haben namentlich dazu beigetragen. Anmeldung von Mitgliedern werden von dem Präsidenten und dem Sekretär oder irgend einem Mitglied angenommen.

Die Beamten der Gesellschaft sind: Dr. H. G. Klotz, Präsident; Dr. E. Herrick, Dr. F. P. Foster und Dr. W. P. Gibney, Vizepräsidenten; Dr. A. F. Currier, Sekretär; Dr. E. H. Squibb, Schatzmeister.